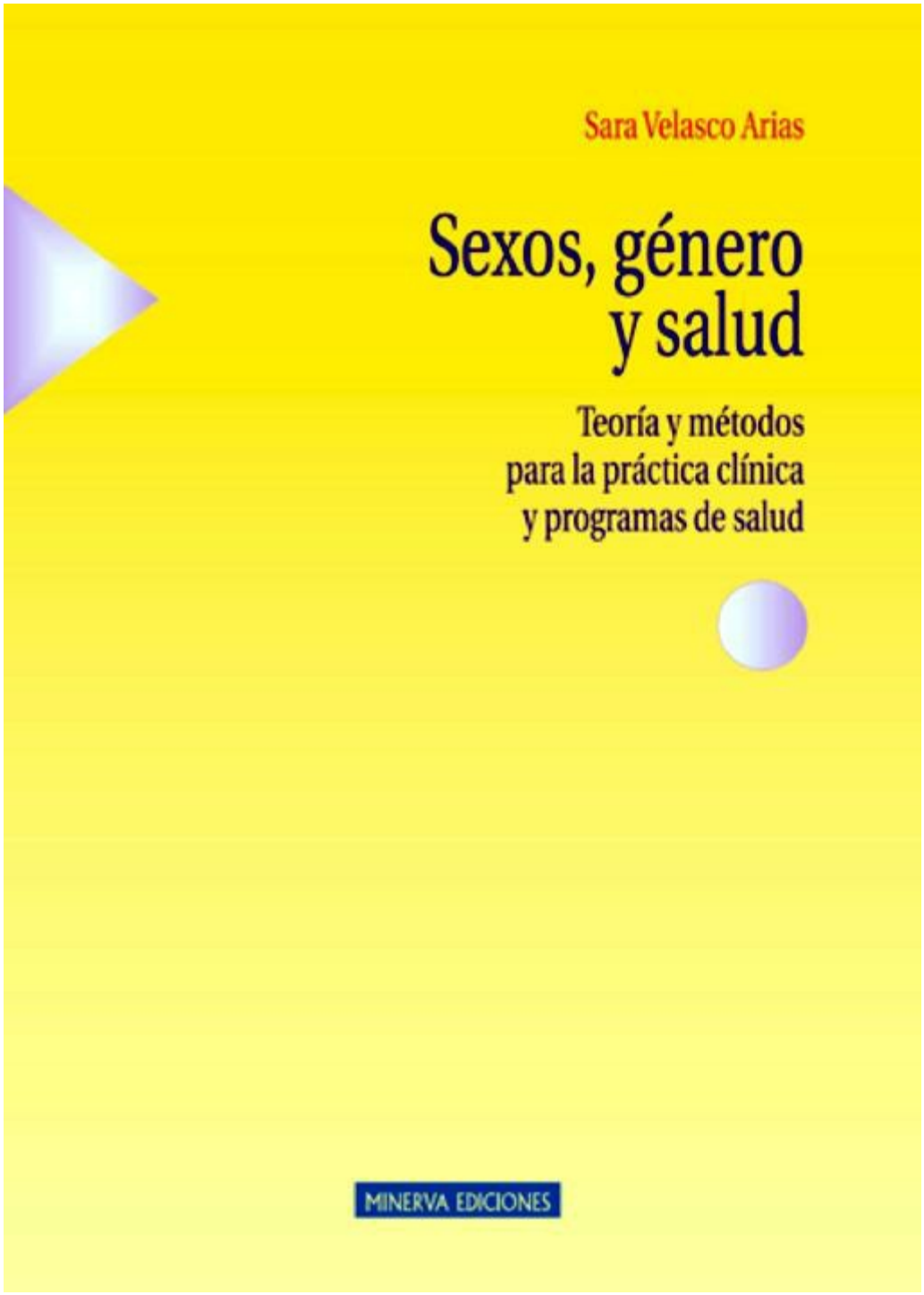
Sara Velasco Arias

Sexos, género y salud

Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud

MINERVA EDICIONES


Sara Velasco Arias
Sexos, género y salud
Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud
MINERVA EDICIONES

SEXOS, GÉNERO Y SALUD

TEORÍA Y MÉTODOS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y PROGRAMAS DE SALUD

Sara Velasco Arias

SEXOS, GÉNERO Y SALUD

TEORÍA Y MÉTODOS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y PROGRAMAS DE SALUD

MINERVA EDICIONES

Cubierta: A. Imbert

Edición digital, 2014

© Sara Velasco Arias
© Minerva Ediciones, S. L., Madrid
Almagro, 38
28010 Madrid (España)

ISBN: 978-84-16089-54-3

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs., Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Índice

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN

1. APROXIMACIÓN A LOS MARCOS TEÓRICOS. ARQUEOLOGÍA DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN SALUD

CAPÍTULO 1. TEORÍAS SOBRE LA SALUD EN EL SIGLO

1.1. Paradigma biomédico

1.1.1. Teoría psicosocial

1.2. Teorías críticas. El contexto social y la subjetividad en la salud

1.2.1. Enfoque socialista

1.2.2. Teoría psicoanalítica

1.2.3. Enfoque estructuralista

1.2.4. Enfoques sistémico y postestructuralista

1.2.5. Teoría ecosocial

1.2.6. Modelo biopsicosocial

1.3. Posiciones epistemológicas de la ciencia médica y de sociología del conocimiento

1.3.1. Positivismo

1.3.2. Crítica en siglos xIx y xx: marxismo, psicoanálisis y fenomenología

1.3.3. Constructivismo

CAPÍTULO 2. TEORÍA Y EPISTEMOLOGÍA FEMINISTA

2.1. Corrientes teóricas en el feminismo

2.1.1. Feminismo liberal. Segunda ola

2.1.2. Feminismo socialista

2.1.3. Feminismo radical

2.1.4. Feminismo cultural

2.1.5. Ecofeminismo

2.1.6. Feminismo y psicoanálisis

2.1.7. Feminismo estructuralista. Sistema sexo/género

2.1.8. Feminismo postestructuralista o postmoderno y género. Tercera ola

2.1.9. Postfeminismo, teoría queery transgénero

2.1.10. De la igualdad y la diferencia

2.2. Epistemología feminista

2.2.1. Estudios de la Mujer, de las Mujeres, Feministas y de Género

CAPÍTULO 3. INTERSECCIÓN ENTRE TEORÍAS DE LA SALUD Y TEORÍA FEMINISTA

3.1. Salud de las Mujeres

3.1.1. Modelos de atención de salud de las mujeres

3.1.2. Vigencia y limitaciones

3.2. Desigualdades de género en salud

3.2.1. Desigualdades de salud en la población

3.2.2. Vigencia y limitaciones

3.3. Análisis de determinantes de género en salud

3.3.1. Modelo de atención de salud con intervención sobre los determinantes de género

3.3.2. Limitaciones e integración de líneas

II. UN MODELO DE ANÁLISIS DE DETERMINANTES DE GÉNERO: INTERACCIÓN ENTRE SISTEMA BIOPSICOSOCIAL Y SISTEMA SUJETO/SEXO/GÉNERO

CAPÍTULO 4. SISTEMAS DE CONSTRUCCIÓN DEL SUJETO Y DEL GÉNERO

4.1. Sistema biopsicosocial

4.1.1. Interacción bio-social: recubrimiento imaginario y estereotipos sociales

4.1.2. Interacción socio-psíquica: la simbolización

4.1.3. Interacción psico-corporal: síntomas y psicosomática

4.2. Sistema sujeto-sexo-género

4.2.1. El género es psicosocial

4.2.2. Sistema de relaciones de género entre los sexos

CAPÍTULO 5. DETERMINANTES BIOPSICOSOCIALES PARA LA SALUD

5.1. Factores biológicos de riesgo

5.2. Factores socioeconómicos

5.3. Procesos psicosociales de vulnerabilidad

5.4. Procesos protectores

CAPÍTULO 6. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES PSICOSOCIALES DE GÉNERO PARA LA SALUD

6.1. Modelo de género tradicional

6.1.1. Roles de género tradicional

6.1.2. Posiciones subjetivas, feminidad y masculinidad tradicionales

6.1.3. Subjetividad en el ciclo de la violencia de género: paradigma de vulnerabilidad tradicional

6.1.4. Determinantes de salud de género tradicional

6.2. Modelo de género en transición

6.2.1. Roles de género en transición

6.2.2. Feminidades y masculinidades en transición

6.2.3. Mascarada de la feminidad y techo de cristal, efectos de la transición en la subjetividad

6.2.4. Determinantes de salud de género en transición

6.3. Modelo de género contemporáneo

6.3.1. Roles, subjetividad y determinantes de género contemporáneos

6.3.2. Masculinidades y feminidades contemporáneas. El cuerpo esclavizado

6.4. Modelo de género igualitario: protección para la salud

6.4.1. Procesos protectores de género

6.5. Utilidad de los patrones de determinantes psicosociales de género

6.5.1. Como determinantes del estado de salud

6.5.2. Como productores de estereotipos de género y sesgos en la atención

6.5.3. Como procesos asociados a la enfermedad en la clínica

6.5.4. Como fuente de indicadores en investigación

III. MÉTODOS PARA LA PRÁCTICA DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN PROGRAMAS DE SALUD Y EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

CAPÍTULO 7. ENFOQUE DE GÉNERO EN SALUD

7.1. Líneas del enfoque de género

7.1.1. Línea de salud de las mujeres

7.1.2. Línea de desigualdades de género

7.1.3. Línea de análisis de determinantes de género

7.2. Enfoque integrado de género en salud

7.3. Principios y valores

7.3.1. Igualdad y equidad de género

7.3.2. Modelo biopsicosocial

7.3.3. Principios estratégicos

CAPÍTULO 8. LA APLICACIÓN DEL ENFOQUE INTEGRADO DE GÉNERO EN PROGRAMAS DE SALUD

8.1. Caracterización del problema

8.1.1. Descripción por sexos

8.1.2. Identificar diferencias por sexos

8.1.3. Identificar necesidades específicas de mujeres y hombres

8.1.4. Identificar desigualdades de género en el estado de salud

8.1.5. Sesgos, desigualdades e inequidades de género en la atención sanitaria

8.2. Análisis de procesos determinantes de género

8.2.1. Analizar determinantes psicosociales de género (según modelos de género tradicional, de transición, contemporáneo...) sobre el problema de salud

8.2.2. Analizar diferencias por sexos en la influencia de distintos procesos psicosociales para la misma enfermedad

8.2.3. Analizar vulnerabilidad diferencial por sexos para el mismo factor psicosocial

8.2.4. Analizar la correlación entre los procesos determinantes de género y su distribución por edad, clase social, situación laboral, nivel educativo, etnia, estatus migratorio, orientación sexual

8.3. Elección o prioridad del problema

8.3.1. Relevancia del problema para las mujeres y los hombres

8.3.2. Sensibilidad a múltiples categorías de análisis de género

8.3.3. Vulnerabilidad del problema a los condicionantes de género

8.4. Definición de objetivos

8.5. Métodos de intervención

8.5.1. Visibilizar a las mujeres como sujetos del problema

8.5.2. Proporcionar recursos para la equidad

8.5.3. Incluir métodos para modificar los determinantes de género

8.5.4. Incluir en los métodos estrategias para la activación subjetiva de las mujeres y ruptura de posiciones de subordinación (empoderamiento)

8.5.5. Potenciar efectos de cambio social de género favorables

8.5.6. Prever la participación de usuarios/as

8.6. Análisis previo de impacto de género

8.6.1. Analizar efectos potenciales sobre la estructura social de género

8.6.2. Analizar potencial corrección de desigualdades e inequidades

8.6.3. Analizar los impactos potenciales de género según edad, clase social, situación laboral, nivel educativo, etnia, estatus migratorio, orientación sexual

8.7. Evaluación

S.S.Estrategia del lenguaje

CAPÍTULO 9. MÉTODO PARA PRÁCTICA CLÍNICA CON ENFOQUE DE GÉNERO

9.1. Objetivos

9.1.1. Intervenir en los procesos de género como determinantes de salud

9.1.2. Realizar clínica de calidad y equidad evitando los sesgos de género

9.2. Estrategias de género en la atención

9.3. Modelo de atención

9.3.1. Modelo biopsicosocial

9.3.2. Método de subjetivación

9.3.3. Relación sanitario/a-paciente o vínculo asistencial significativo

9.3.4. Grupos de resocialización de mujeres

9.4. Reflexión sobre los sesgos en la atención

9.4.1. Sesgo teórico

9.4.2. Sesgo de género

9.4.3. Sesgos subjetivos

9.5. Método de reflexión: análisis biopsicosocial de casos

9.6. Capacitación sobre género y salud

9.7. Control y evaluación de calidad de la atención

IV. LA SALUD MENTAL. UN ANÁLISIS DE GÉNERO

CAPÍTULO 10. CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA

10.1. Perfil epidemiológico diferencial por sexos

10.1.1. Salud mental positiva

10.1.2. Riesgo de mala salud mental

10.1.3. Trastornos mentales comunes (TMC)

10.1.4. Depresión, ansiedad, somatizaciones y dolor en atención primaria

10.1.5. Uso de psicofármacos. «La tranquilidad recetada»

10.1.6. Hospitalización de trastornos mentales comunes (TMC) y trastornos mentales graves (TMG)

10.1.7. Trastornos mentales graves (TMG)

10.1.8. Enfermedad mental y discapacidad

10.1.9. Impacto de los trastornos mentales comunes sobre las enfermedades orgánicas

10.2. Ciclo vital y procesos psicosociales determinantes

10.2.1. Infancia y adolescencia

10.2.2. Juventud

10.2.3. Edad adulta

10.2.4. Madurez

10.2.5. Vejez

10.3. Experiencia de enfermedad, variabilidad clínica y sesgos de género

CAPÍTULO 11. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN CON ENFOQUE DE GÉNERO EN SALUD MENTAL

11.1. Patrones de enfermedad y prioridades

11.1.1. Lo más prevalente y perfiles diferenciales de género

11.1.2. Atención a necesidades de género

11.2. Acciones de promoción y prevención de la salud mental

11.2.1. Transformación de modelos sociales y de género

11.2.2. Promover los factores protectores de la salud mental. Transformación y resocialización

11.3. Sobre atención a la salud mental

11.4. Sobre formación de profesionales

11.5. Análisis de impactos de género

BIBLIOGRAFÍA

INDICE DE ESQUEMAS

INDICE DE FIGURAS

INDICE DE TABLAS

INDICE ONOMÁSTICO

A Abraham *In Memoriam,*
a Santiago Moisés y Alfredo

Agradecimientos

Mi agradecimiento a Concha Colomer, Directora del Observatorio de Salud de la Mujer, por su confianza y apoyo para que haya podido hacer este trabajo. Al Instituto de la Mujer, en especial a Begoña López-Dóriga, porque durante años hemos vivido juntas la aventura de construir modelos de análisis de género. Y a Lucía Mazarrasa, que desde la Escuela Nacional de Sanidad y junto a Begoña, han sido las puntas de lanza que han ido abriendo camino y creando espacios donde pensar, formarse y trabajar el enfoque de género en salud. A Carlos Álvarez-Dardet, por su brillante forma de pensar y ayudar a pensar con sentido crítico y a Ma Teresa Ruiz, que también me ayudó en el trabajo sobre análisis de los marcos teóricos de salud, ambos de la Universidad de Alicante. A las colegas del ámbito de salud y género que han sido fuente de aprendizaje e inspiración para ir perfilando análisis y métodos, en especial a Carmen Mosquera y Marian Uría y las muchas mujeres de la Red de Mujeres Profesionales Sanitarias. Agradecimiento también a Silvia Tubert, Mabel Burin y Ma Asunción González de Chávez, por su obra, que es una fuente constante de conocimiento sobre salud y género insoslayable para mí. Y también estoy agradecida a todas las y los profesionales sanitarios a quienes en estos años he impartido docencia, porque son una fuente inagotable de experiencia y de saber para la difícil tarea de articular la teoría y la práctica.

Introducción

Dicen personas con responsabilidad en salud y género del entorno internacional, que la implicación de los países en la introducción del enfoque está en puntos muy distintos, los hay que llevan muchos años aplicándolo y ya están de vuelta en las dificultades. Los hay que acaban de llegar al compromiso de trabajar con las desigualdades y apenas han comenzado con las de género. Y los hay como España, que está en la cresta de la ola, tanto en los compromisos legislativos, como de formación, como de estrategias de aplicación en los servicios sanitarios. Se nota en España también una producción en investigación muy activa en estos últimos años.

En este contexto, las actividades de formación de profesionales sanitarios sobre género y salud se están multiplicando rápidamente. La motivación para escribir este libro procede de la experiencia en esta docencia. Me pareció que sería útil producir un texto de estudio que reuniera los fundamentos teóricos de los que dispongo, en conexión con instrumentos para la práctica en las dos áreas en que el reto de aplicar el enfoque de género es más agudo actualmente: la programación en salud y la práctica clínica.

Es un libro metodológico y, por tanto, se ubica forzosamente en un marco teórico definido. He tratado de exponer los contenidos y hallazgos de otros marcos, para ofrecer una visión de conjunto, pero sin duda, no puedo profundizar en los métodos cuya práctica no manejo, como los correspondientes a epidemiología. Dejo la profundización en esos aspectos para las expertas que lo harán mejor. Sin embargo, donde he tratado de aportar algo más es en el marco de las teorías contextuales de la salud, en concreto bajo el enfoque biopsicosocial y bajo el feminismo psicoanalítico y postestructuralista en los que trabajo.

I. APROXIMACIÓN A LOS MARCOS TEÓRICOS. ARQUEOLOGÍA DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN SALUD

No hay nada más práctico que una buena teoría.

LENIN, 1918

La práctica sin la teoría es un ejercicio peligroso, no menos arriesgado que una teoría inadecuada.

MAKRIDAKIS, 1993

Una teoría es el conjunto de conceptos que intentan explicar los fenómenos y son, en definitiva, los prismas a través de los cuales se percibe y se explican esos fenómenos. Lo que se observa depende del cristal con que se mire y las teorías son distintas lentes para observar.

Por ejemplo, una médica observa a su paciente buscando signos de una alteración fisiopatológica. Le da vueltas al síntoma, dónde duele exactamente, si tiene relación con los esfuerzos... aparece algún parámetro analítico alterado, radiografías; sí, por fin se evidencia un trastorno fisiopatológico, hay artrosis avanzada que puede explicar el dolorimiento múltiple que presenta esta mujer madura. Como además está en edad perimenopáusica, es evidente también que el cambio hormonal puede estar influyendo, aunque no esté claro por qué mecanismo las hormonas más o menos bajas han de causar dolor. Prescribe analgésicos y el protocolo de intento de recalcificación ósea del momento. La médica está mirando el fenómeno de la enfermedad bajo el prisma de la teoría biomédica sobre la salud, aunque no esté pensando, desde luego, acerca del marco teórico bajo el que actúa. La enfermedad ha de ser producto de un trastorno orgánico y ha de tratarse ese trastorno fisiopatológico.

Pero, también puede pensar si el fenómeno del dolor puede ser expresión del funcionamiento global de esta paciente, si además del sustrato físico de la artrosis, pueden influir en este dolor cambiante por momentos, algunas cosas que le hayan pasado o le estén pasando en su vida diaria. Le pregunta la médica por qué cree ella que le duele, si le han pasado cosas que le estén haciendo sufrir. Le pregunta si tiene otras quejas del ánimo - ¿Duerme mal? ¿Está triste? ¿Se siente sola? ¿Tiene sobrecarga emocional?-; la escucha y obtiene respuestas positivas a todo ello y además aparece angustia, evidenciando que también hay dolor psíquico, además de físico. Le señala esta evidencia y le explica que el dolor y sus cambios de intensidad pueden tener relación con todo lo que le pasa, que el cuerpo y la mente funcionan juntos y que si puede solucionar algunas de las situaciones que la angustian, porque ella puede aumentar su autonomía resolviendo tal o cual cosa, el dolor también mejorará. La ayuda prescribiéndole analgésicos, pero la cita para hablar sobre cómo

van los cambios dentro de un tiempo corto. Ahora, esta médica ha utilizado otro marco teórico. Ha incorporado un concepto de enfermedad como proceso que integra el contexto social y la vivencia subjetiva como fuentes de desequilibrio en la salud, y no sólo lo orgánico. Que el cuerpo responde también a lo que ocurre en la esfera psíquica y que esta, a su vez, depende de lo que la persona está viviendo. Incorpora teorías contextuales de la salud, fuera del estricto marco biomédico y, por tanto, se explica el dolor de la paciente de otro modo y su actuación médica es también diferente. Aunque no esté pensando a cada paso en la teoría, sí actúa según el marco teórico del que dispone. Si ha reflexionado y aprendido sobre la salud y la enfermedad como proceso biopsicosocial, dispone de este prisma para observar y atender a sus pacientes.

Del mismo modo, al optar por políticas de salud, al programar intervenciones de salud, al plantearse preguntas de investigación, se realiza desde algún marco teórico que es el que pone los límites y define el campo de actuación. Por ello, es necesario conocer el marco teórico desde el que se actúa, y conocer los demás posibles marcos que pueden ampliar el campo de observación, de explicación y de acción sobre el fenómeno humano y sobre el proceso de salud enfermedad.

Cuando se pretende intervenir incluyendo el enfoque de género en salud, es necesario aplicar marcos teóricos que no son precisamente del campo biomédico hegemónico. Los conceptos de género proceden de teorías críticas que incluyen el contexto social y la experiencia subjetiva vivida en el proceso de enfermar y, además, de las distintas corrientes de la teoría feminista. Por ello, es muy conveniente conocer estos ascendentes teóricos que definen los conceptos del género y señalan sus límites.

En esta primera parte, en los Capítulos 1 y 2, se revisan las teorías sobre la salud, que componen un eje, y las evoluciones de la teoría feminista en otro eje. Se ha construido un sistema de revisión de trabajos sobre salud, para detectar los marcos teóricos en que se mueven. Es un sistema de definiciones conceptuales que permite clasificar las teorías. Este método de clasificación facilita también la elección razonada del marco teórico en que uno quiere moverse, o comprender en el que uno se mueve de hecho, perdiendo la inocencia, en cierto modo cómoda, de quien no sabe desde dónde habla. Después, se analizan las intersecciones de ejes teóricos en las que se originan las líneas del enfoque de género (Capítulo 3).

Uno de los efectos de identificar los marcos teóricos es poder identificar con coherencia los valores y principios del enfoque de género, que no están arbitrariamente ideados, sino que responden a opciones sobre interpretación del fenómeno humano, de la salud y de la enfermedad y de las formas de atención sanitaria, claramente fundamentadas.

Capítulo 1

Teorías sobre la salud en el siglo XX

Definiremos teorías de la salud - como conjunto organizado de ideas que intentan explicar los fenómenos de salud y enfermedad-, construyendo cinco conceptos a través de los cuales puede quedar caracterizada cada teoría'.

Inspirado en el modo de caracterización de teorías de Thomas Kuhn (1965), los cuatro conceptos definitorios son:

1.Concepto de salud y enfermedad que se aplica.

2.Tipo de causalidad que se considera para la enfermedad.

3.Modelo de atención y tratamiento que se suele aplicar.

4.Factores considerados en la relación médico-paciente.

En la Tabla 1 se sintetizan las teorías con su caracterización conceptual, que se van exponiendo a lo largo de este capítulo. Se han identificado nueve marcos teóricos que se desarrollan casi simultáneamente a lo largo del siglo xx. No son exhaustivos, podrían, sin duda, identificarse más teorías, o variaciones de las mismas, pero se opta por tratar estos nueve, que creemos contienen las posiciones teóricas que coexisten en la práctica sanitaria actual y, especialmente, porque se pueden encontrar en ellas los ascendentes de las líneas del enfoque de género en salud.

Estas nueve teorías se pueden agrupar en tres bloques lógicos. El primero, el bloque del paradigma biomédico, que se desglosa en las teorías biomédica y psicosocial (Tabla 1). Este bloque se relaciona con epistemología positivista (Tabla 3).

El segundo bloque es de teorías críticas - que son críticas con el positivismo y con el paradigma biomédico imperante-, y se caracterizan porque se incluyen el contexto social y la subjetividad en sus conceptos de salud. Abarca las teorías socialista, psicoanalítica, estructuralista, postestructuralista, ecosocial y biopsicosocial (Tabla 1). Este bloque se relaciona con las posiciones epistemológicas correspondientes al marxismo, psicoanálisis y constructivismo (Tabla 3).

Estos dos bloques de teorías de la salud forman el primer eje sobre el que se construye el enfoque de género en salud.

Por último, el segundo bloque crítico lo constituye la teoría feminista, que será el segundo eje en la construcción del enfoque de género. La teoría feminista se desagrega en varias corrientes que se exponen con detalle en el Capítulo 2

(sintetizadas en la Tabla 4). Las corrientes feministas confluyen prácticamente con cada una de las posiciones epistemológicas coetáneas que se van asociando en los apartados descriptivos de cada corriente.

Véase la Tabla 1 sobre teorías de las salud.

1.1. PARADIGMA BIOMÉDICO

> Sea cual fuere la naturaleza del mal, lo más importante, por lo menos eso parece hoy día, es descubrir un proyectil mágico capaz de alcanzar y destruir aquel demonio existente dentro del cuerpo del paciente.
>
> RENÉ DUBOS, 1959, pág. 168

Actualmente la teoría en salud aceptada como paradigma es la teoría biomédica. Esta procede del paradigma de la Ciencia Moderna, institucionalizada por la Royal Society, en Inglaterra en el siglo xvll, que ha seguido el modelo de las ciencias físicas basado en el conocimiento experimental de la naturaleza material.

El modelo biomédico (Tabla 1), basado en la fisiopatología, explica la enfermedad como un trastorno anatomofisiológico ligado, por tanto, a la biología. Este modelo explicativo es monista - unicausal-, y esa causa es biologicista (Ángel Martínez, 1996). La enfermedad queda definida por síntomas y signos objetivos correlacionables con un trastorno orgánico, desembocando en un tratamiento farmacológico o quirúrgico cuya eficacia se basa en la acción directa sobre los procesos biológicos.

Este modelo sigue la estela de la era microbiológica que comenzó a finales del siglo xIx con la revolución que supuso el descubrimiento de agentes bacterianos por Pasteur y Koch, y que dio lugar a la era terapéutica, abierta con el descubrimiento de los antibióticos (Rodríguez, 2001). La lucha contra la enfermedad se basaba en identificar un agente causal suficiente y necesario y utilizar un fármaco para ese agente causal. René Dubos (1959) decía que para los seguidores de este paradigma lo principal era descubrir un `proyectil mágico' capaz de alcanzar y destruir aquél demonio existente dentro del cuerpo del paciente.

El mismo fundamento se sigue aplicando en la búsqueda, no ya sólo de un agente infeccioso, sino de una causa biológica siempre necesaria y suficiente. La industria far macéutica sigue siendo el mayor hipnótico de la ciencia médica, a la que sigue meciendo en «el sueño del proyectil mágico» y contribuyendo actualmente a consolidar y perpetuar la era terapéutica.

TABLA 1.—*Teorías sobre la salud existentes durante el siglo XX*

Marco teórico Autores/as referidos	Concepto de enfermedad	Causalidad	Modelo de atención y métodos diagnósticos	Factores en relación médico-paciente	Epistemología
Paradigma biomédico Karl Popper, John Eccles, Angel Martinez.	Enfermedad=trastorno anatomofisiológico. Diagnóstico por síntomas y signos y su desviación estadística de la normalidad. La enfermedad es una experiencia clínica definida por el médico/a. Concepción ahistórica de la enfermedad (no incluye contexto sociocultural).	Causación monista-biologicista. Agente-huésped. Dicotomía cuerpo-mente. Factores causales: orgánicos. Genética y constitución. Inadaptación anatomofisiológica al medio	Era terapéutica. Clínica de la mirada que clasifica el objeto. Centrado en el médico. Sujeto observador: el médico, objeto observado: el paciente. Descifra síntomas cuyo significado debe ser una lesión orgánica. Busca hechos biológicos objetivables mediante anamnésis, exploración para clasificar (diagnosticar) y tratar.	Conocimientos biomédicos y técnicos, capacidad de observación y dirección del médico/a. Colaboración del paciente.	Positivista: método de estudio sistemático, controlado, empírico y crítico de proposiciones hipotéticas acerca de presuntas relaciones entre causas y efectos. Observaciones empíricas objetivas, reproducibles, falsables. Métodos cuantitativos estadísticos lineales (una causa-una variable-un efecto).
Teoría psicosocial René Dubos, J. Cassel, Marc Lalonde, Erik Erikson, Walter Cannon.	Inadaptación anatomo-fisiológica al medio. Considera la mente un órgano y la conducta el síntoma. Clasifica diagnósticos como trastornos de adaptabilidad y respuesta a los estímulos en relación a un estándar de normalidad.	Susceptibilidad y respuesta individual a factores ambientales. Huésped-agente-ambiente. Aire, agua y Luz. Estilos de vida físicos (tabaco, alcohol, alimentación, obesidad, estrés, ejercicio, descanso) y algunos sociales (desorganización y aislamiento social, estatus marginal, cambios sociales rápidos). Modelo del estrés. Personalidad construida en desarrollo psicosocial del ciclo vital (Psicología evolutiva).	Medir las reacciones fisiológicas y conductuales y buscar factores ambientales relacionados. Amplía la observación y toma de medida (test y escalas) del paciente a la conducta situación social. Víctima de estilos de vida: cambiar estilo y capacidad de reacción, cambio de hábitos y adaptación del paciente (Psicología evolutiva y Conductismo).	Capacidad del médico para relacionar factores psicosociales. Capacidad del paciente para colaborar en establecer interacciones causales y responder con cambios de vida conscientes voluntarios.	Positivista. Cuantitativos, evidenciar correlación estadística entre causa y efecto, métodos de medida estadísticos lineales.

Marco teórico Autores/as referidos	Concepto de enfermedad	Causalidad	Modelo de atención y métodos diagnósticos	Factores en relación médico-paciente	Epistemología
Enfoque socialista Vicente Navarro.	Salud/enfermedad como proceso en el que influyen la historia y los hechos socioeconómicos.	Causación contextual. Añade a las causas biológicas la economía, el lugar en la producción, la estructura de clases sociales. Desigualdades sociales.	Desarrollado en Salud Pública y Movimiento de Salud Comunitaria. Repercute en acciones sociopolíticas y poblacionales para la igualdad social. Atención a factores socioeconómicos, laborales y el lugar en la producción y la pobreza.	Actitudes ante el poder. Resignación o activismo social.	Marxista. Materialismo dialéctico. Y Fenomenología. Observación de factores socioeconómicos e interacción y dialéctica entre las partes. Métodos cuantitativos y cualitativos.
Teoría psicoanalítica Sigmund Freud, Jacques Lacan.	Enfermedad expresión de conflictos del sujeto con las exigencias externas (la cultura y la sociedad) e internas (pulsiones y deseos). Significado simbólico de los síntomas (cultural, social y psíquico) Teoría de la subjetividad explicativa del significado subjetivo de la enfermedad.	Multicausalidad estructural (constitución, disposiciones establecidas durante el desarrollo y contingencias sociales y personales) Construcción de identidades sexuales.	Clínica de la escucha y encuentro subjetivo. Escucha de la subjetividad del paciente a través de la palabra Terapia por la palabra en la relación de sujeto a sujeto del inconsciente. *'Talking cure'* Diagnóstico basado en la estructura clínica del sujeto.	Factores afectivos e identificaciones transferidas a la relación médico-paciente.	Epistemología psicoanalítica: interpretación caso por caso con escucha analítica en transferencia individual o grupal.
Enfoque estructuralista Ferdinand de Saussure, Claude Lévi Strauss, Michel Foucault, Ivan Illich.	Salud/enfermedad es un proceso continuo, producto de la estructura de las relaciones sociales.	La estructura social y sus relaciones de poder, producen efectos en las formas de vida y de enfermar. Efectos del poder médico son: la iatrogenia como factor patógeno y la medicalización de las vidas.	Promueve al sujeto autónomo como dueño de su salud y contra las relaciones de poder que la medicina propone. Generará movimientos contra la medicalización de la vida y la enajenación de autonomía de las personas.	Subvertir las relaciones de poder.	Constructivismo e interaccionismo simbólico. Métodos cualitativos de sociología del conocimiento y análisis del discurso, (Etnometodología) (Sociolingüística y semiótica)

Marco teórico Autores/as referidos	Concepto de enfermedad	Causalidad	Modelo de atención y métodos diagnósticos	Factores en relación médico-paciente	Epistemología
Enfoque sistémico y postestructuralista Gregory Bateson, Paul Watzlawick, Salvador Minuchin, Mara Selvini, Tom Andersen.	La enfermedad mental es un producto de los vínculos sociales y de las formas de comunicación dentro de un sistema. La experiencia de enfermar se construye en la experiencia social	Los trastornos de la comunicación y de los vínculos dentro del sistema.	Terapia familiar sistémica: actuar sobre los vínculos en el sistema familiar. Terapia narrativa: ayudar al paciente a construir narraciones/identidades sobre su vida, alternativas a las que le enferman. Equipo reflexivo: reflexiona sobre las emociones y evocaciones que les causa el relato del paciente.	Sistémica: Mantenerse externo al sistema, pero utilizando su efecto sobre el mismo. Narrativa: el terapeuta mitiga su poder implicándose personalmente.	Constructivista y análisis del discurso. Métodos cualitativos.
Teoría ecosocial Nancy Krieger.	La enfermedad y el bienestar son expresión biológica de las relaciones en la estructura social por interacción como un sistema ecológico. *(embodiment)* Perspectiva de producción social de la enfermedad. Critica a la teoría de 'víctima del estilo de vida'	Factores biosociales Barreras estructurales para vida saludable. Multicausalidad interaccionista del contexto histórico, biográfico *(Life course)*, reserva biológica individual, social, político. Exposición a sustancias tóxicas y peligrosas. Poder y pobreza. Ordenación de la producción, consumo y reproducción. Deprivación económica y social. Traumatismos sociales. Inequidad de cuidados de salud .	Más desarrollo en Salud Pública. Acción sobre las circunstancio sociales y las agresiones ambientales. Activismo social y reivindicativo. Excluye lo "psi" pero tiene efecto sobre el modelo de atención biopsicosocial.	Capacidad del médico/a para visibilizar y transmitir percepción de riesgos.	Positivista: Epidemiología, métodos cuantitativos multifactoriales, causa-efecto de factores sociales. Marxista y Fenomenología

Marco teórico Autores/as referidos	Concepto de enfermedad	Causalidad	Modelo de atención y métodos diagnósticos	Factores en relación médico-paciente	Epistemología
Modelo biopsicosocial Michael Balint, George Engel, Ronald Epstein, Francesc Borrell, Jorge L Tizón.	Salud-enfermedad proceso integral BPS. La enfermedad es una experiencia del paciente que es tomado como sujeto de su saber. Enfermedad definida por trastornos, diagnósticos, establecidos por el médico o malestares o problemas percibidos por el paciente.	Causación multifactorial. Circular biológica, psíquica y social interactuantes y estructural (causas necesarias, desencadenantes, coadyuvantes y asociadas).	Clínica de la escucha y del encuentro de sujeto a sujeto. Centrado en el paciente como sujeto de la enfermedad y consultante como miembro de una comunidad. Busca la experiencia y vivencia del paciente y su capacidad para cambiar	Capacidad de escucha del médico/a y para correlacionar lo biopsicosocial. Posibilidades de expresión de experiencias del paciente. Condiciones del encuentro.	Constructivismo y epistemología psicoanalítica. Métodos cualitativos interpretativos Observación participante. Análisis del discurso, entrevista y grupos de discusión. Análisis interpretativo de textos narraciones (Sociolingüística y semiótica). Métodos de análisis de experiencia vivida y subjetiva (Psicoanálisis).

La biomedicina ha buscado otros caminos clasificatorios de la enfermedad cuando no ha podido identificar factores causales orgánicos. En este sentido, se produjo un giro en los años 50, que pasaba de definir las enfermedades según un agente causal o un trastorno fisiopatológico, a clasificarlas según agrupaciones de síntomas y signos con que se manifiestan. El producto que marcó la era bajo este giro del paradigma es el DSM (Diagnostical and Statistical Manual of American Psychiatric Association), sistema de clasificación de las enfermedades mentales, publicado por primera vez en 1952 - seguidos de otras clasificaciones CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades); la CIPSAP (Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria de la WONCA)-. Todas ellas clasifican las enfermedades según

criterios estadísticos de presentación de síntomas y signos. Enfermedades definidas por sus síntomas para ser tratadas por el correspondiente fármaco. Este concepto de enfermedad abandona las concepciones anteriores en que la enfermedad era una experiencia del paciente, que integraba su sufrimiento y que era entendida como experiencia humana del dolor que, por tanto, se atendía a la cabecera de esta persona sufriente, tratando de paliar el sufrimiento en su conjunto. Con el nacimiento de la clínica (Foucault, 1963) la enfermedad pasa a ser una experiencia clínica, experiencia del médico, centrada, por tanto en la observación del paciente como objeto, preferentemente de su cuerpo, para leer sus síntomas encontrando signos que definen el trastorno.

Bajo la teoría biomédica subyace una concepción del ser humano que, en extremo, se puede resumir en que somos el cuerpo y el conjunto de sus órganos y enfermamos según la constitución de este cuerpo y las reacciones de sus órganos. El cuerpo es el objeto de la mirada médica que se ocupa de lo objetivable - signos, analíticas, evidencias palpables, para llegar a un diagnóstico descriptivo de la enfermedad, dejando a un lado, su historia, la conexión de la enfermedad con esta historia o con el contexto social y, en definitiva, el significado del padecimiento para la persona.

1.1.1. Teoría psicosocial

> La víctima del estilo de vida puede decirse que ha contribuido, o causado, su propia enfermedad o muerte.
>
> MARK LALONDE, 1974, pág. 32

La teoría psicosocial (Tabla 1) aparece en el campo de la salud en los años 70. Se construye sobre la crítica a la supuesta existencia del agente causal único, característico de la era microbiológica, y su aportación fundamental es la existencia de distintas resistencias del huésped a las condiciones del medio ambiente. René Dubos, en 1959, recopila los factores ambientales que han influido a lo largo de la historia sobre las enfermedades infecciosas. Argumenta como:

> La introducción de la ropa interior barata de algodón, fácil de lavar, y del vidrio transparente que permite entrar la luz hasta la más humilde morada, han contribuido más al control de las infecciones que todos los medicamentos y prácticas médicas (Dubos, 1959, pág. 290).

El lema higienista Aire, Agua y Luz encabeza esta corriente que explica este tipo de factores ambientales. Dubos también habla de las enfermedades no infecciosas, entre ellas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades mentales, recopilando la influencia de las condiciones ambientales y de los tóxicos producidos en la industrialización y la actividad social, como la radiactividad y otros tóxicos producidos en determinados modos de vida.

Se pasa del supuesto de «un agente causal» a «huésped-agente-ambiente» (Cassel,

1976)2. Cassel contribuye a la epidemiología con el estudio de la relación entre el ambiente y la resistencia del huésped, pero introduce en rigor la teoría psicosocial porque cuenta con factores netamente psicosociales como los relacionados con el valor del soporte social. Cuenta con los siguientes factores asociados al enfermar: la dominación jerárquica, desorganización social, rápidos cambios sociales, aislamiento y estatus social marginal (Cassel, citado en Nancy Krieger, 2001).

Como parte de esta influencia del ambiente, en la teoría psicosocial se incorpora un concepto distintivo de este marco teórico que es estilos de vida, si bien habían sido ya tratados por la sociología de finales del siglo xix y principios del xx (Yolanda Pastor y cols., 1999) que relacionaron los estilos de vida con el alcance de diversos estatus sociales. Se incorporan al campo de la salud los estilos de vida referidos a conductas de riesgo: consumo de alcohol, tabaco, hábitos alimentarios, ejercicio y descanso.

Y se produce otro distintivo principal de la teoría psicosocial que es el modelo del estrés, originario de Walter Cannon (1935) que describe la reacción de lucha y huída ante estímulos externos. Hans Selye (1936) definirá estrés como «la respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha sobre él», definiéndolo como «síndrome general de adaptación». Trastorno de estrés aparecerá cuando el organismo se ve sobrepasado en su capacidad de respuesta.

Algo más tardíamente, desde la psicología evolutiva, Erik Erikson (1988) construye un marco explicativo del desarrollo de la personalidad a través de etapas psicosociales progresivas a lo largo del ciclo vital. En cada etapa se juega una crisis de paso de una situación conflictiva a otra resolutoria. Si se resuelve bien, el yo en construcción alcanza una determinada cualidad propia de cada etapa, y si no se resuelve, la persona se estanca en una `patología básica' de la personalidad. Por ejemplo, en la edad madura, que Erikson llama adultez, la crisis evolutiva psicosocial se juega entre la generatividad y el estancamiento. Si se resuelve bien se alcanza la cualidad del cuidado y si se queda en el estancamiento, adolecerá de rechazo. La Tabla 2 muestra las etapas del ciclo vital, los componentes de cada crisis con sus cualidades y posibles patologías.

Desde esta visión psicosocial evolutiva se identifican aspectos de la personalidad que pueden explicar la mayor o menor vulnerabilidad de las personas ante factores ambientales.

Estos elementos distintivos de la teoría psicosocial - estilos de vida, modelo del estrés y etapas del ciclo vital - tendrán importancia en su intersección con la teoría feminista y para la construcción conceptual del enfoque de género en salud que, en algunas corrientes, enlazará y utilizará estos conceptos.

TABLA 2.-El ciclo vital humano según Erik Erikson

Etapas	Evolución psicosexual	Evolución psicosocial	Fuerza básica	Patología básica
Lactancia	Oral Respiratorio Sensorial	Confianza básica *versus* desconfianza básica	Esperanza	Retraimiento
Niñez temprana	Anal Uretral Muscular	Autonomía *versus* vergüenza y duda	Voluntad	Compulsión
Juego	Genital Infantil Locomotor	Iniciativa *versus* culpa	Finalidad	Inhibición
Escolar	Latencia	Laboriosidad *versus* inferioridad	Competencia	Inercia
Adolescencia	Pubertad	Identidad *versus* confusión de roles	Fidelidad	Repudio
Juventud	Genital	Intimidad *versus* aislamiento	Amor	Exclusión
Adultez	Procreatividad	Generatividad *versus* estancamiento	Cuidado	Rechazo
Vejez	Generalización de modos sensuales	Integridad *versus* desesperanza	Sabiduría	Desdén

Fuente: Erik Erikson, El ciclo vital completado, Buenos Aires, Paidós, 1988. Citado en El sitio de las Ciencias de la Educación, Argentina. http.//www.segciencias.com.ar/erikson.htm

Ahora bien, aún incorporando factores del contexto social en el modelo causal, el concepto de enfermedad sigue siendo compatible con las bases biomédicas. Se considera lo social como estímulos externos que actúan sobre el cuerpo y también sobre la mente, contemplando esta como un órgano más, disociado del cuerpo y se estudian las reacciones psicofisiológicas de los órgano a los estímulos externos, en términos de susceptibilidad del individuo y adaptación de la respuesta. Puede considerarse como una biotecnología de la conducta humana (Síntesis en Tabla 1).

Las enfermedades se siguen diagnosticando mediante la observación del cuerpo, objetivando síntomas y signos, añadiendo la conducta o la personalidad como síntomas del órgano mental, que se pueden medir con escalas psicopatológicas y clasificando los diagnósticos en función de los síntomas y signos corporales (o de la conducta) en relación a estándares fijados para la normalidad. Los modelos de atención siguen basándose en el tratamiento de las reacciones y efectos fisiopatológicos. Por esto, conceptualmente se puede seguir considerando la teoría psicosocial dentro del paradigma biomédico.

La incorporación de los factores psicosociales como determinantes de enfermedad, se ha producido más en el campo de la epidemiología y la psicología. Pero no han permeabilizado la medicina clínica, que apenas desarrolla métodos de actuación sobre esos factores en el modelo clínico, sino sólo sobre las reacciones fisiológicas o

fisiopatológicas que causan.

Es en la salud pública donde la teoría psicosocial generó una corriente potente. El Informe Lalonde del Ministerio de Salud de Canadá (1974) puede considerarse fundacional de una Nueva Salud Pública (John Ashton y Howard Seymourd, 1990) crítica con las limitaciones de la visión tradicional que basa la atención a la salud en los sistemas asistenciales biologicistas. Identifica como elementos que producen la enfermedad: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de cuidados de salud. Se basa, por una parte, en las aportaciones de Thomas MacKeown (1971) que investigó el nivel de salud en Inglaterra y Gales desde el siglo xix y valoró qué factores habían influido más en el aumento del nivel de salud:

> Por orden de importancia, las mayores contribuciones a la mejora de la salud en Inglaterra y Gales son la limitación de tamaño de la familia (un cambio de comportamiento), el aumento de suministro de alimentos y un medio ambiente físico más saludable (influencias ambientales), y (en último término) medidas específicas preventivas y terapéuticas (MacKeown, 1971).

Las mejoras en la salud se producen más por cambios de comportamiento y estilos de vida y cambios en el medio ambiente, que por los cuidados del sistema de salud, que influyen en menor proporción, a pesar de que se dedican infinitamente más recursos a estos. Se propone, por tanto, desarrollar una salud pública que actúe sobre los principales determinantes.

El informe Lalonde se basa también en los resultados de morbi-mortalidad en Canadá y cómo se relacionan con las conductas basadas en los estilos de vida, que formarán parte del cuerpo de investigación y acción en salud pública hasta el momento actual: consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, obesidad, ejercicio y estrés. Se dice en el informe Lalonde: «Cuando estos riesgos resultan en enfermedad o muerte, la víctima del estilo de vida puede decirse que ha contribuido, o causado, su propia enfermedad o muerte» (Informe Lalonde, 1974, pág. 32).

La posición epistemológica de la teoría biomédica, así como de la teoría psicosocial, se asocia al positivismo (Auguste Comte, 1798-1857; Popper y Eccles, 1993) (descrito en el epígrafe 1.3 y Tabla 3).

Aun así, la teoría psicosocial conlleva ya una cierta crítica al modelo empírico positivista, en aquel aspecto monista en que considera que ha de haber una única causa siempre para el mismo efecto. En cuanto a la influencia del ambiente, los factores son múltiples y siempre puede haber factores que el investigador no se haya planteado o no incluya en la investigación, y además, los factores personales pueden imprimir distintos resultados incluso a la multiplicidad de factores ambientales. Pero esta versión de multicausalidad, incipiente en la teoría psicosocial, no alcanza aún a generar métodos interpretativos cualitativos, sino que producirá análisis estadísticos multifactoriales y siempre aún buscando factores ambientales biológicos que actúen

sobre el cuerpo físico (o mental).

1.2. TEORÍAS CRÍTICAS. EL CONTEXTO SOCIAL Y LA SUBJETIVIDAD EN LA SALUD

Las teorías críticas se suceden durante el siglo xx a la luz de los nacientes programas del marxismo, de la sociología del conocimiento y de las corrientes de pensamiento psicoanalítica y estructuralista. No se puede hablar de un progreso hacia explicaciones de los fenómenos de salud enfermedad más amplias. Cada una va apareciendo, sin duda, a partir de las insuficiencias de la anterior, pero unas no sustituyen a las anteriores. Incluso existen períodos de retroceso y olvido de comprensiones que habían llegado a ser más amplias. En realidad permanecen todas vigentes.

En los años 70, concordante con la crítica cultural en todas las áreas, se produjo un fuerte cuestionamiento a la medicina del momento. Ya se han dado referencias sobre las primeras líneas de esta crítica dentro de la teoría psicosocial. En este contexto se desarrollan modelos de salud bajo un concepto de salud-enfermedad como proceso continuo en el que interviene el contexto social y la experiencia vivida. Están estrechamente ligados a los desarrollos de las ciencias sociales, que proponen e investigan al ser humano y el proceso de enfermar bajo su perspectiva de ser social, y de la psicología, que investiga al sujeto psíquico en interacción con lo social. Se buscan los factores causales o asociados a la enfermedad en estas áreas. De forma sintética, el supuesto del conjunto de las teorías contextuales es que la persona vive y enferma según la impronta que le causan la cultura y las situaciones sociales.

Los rasgos de los modelos de atención a la salud son que la persona está en la historia, tiene biografía y lo que le ocurre y sus síntomas tienen significados y están relacionados con el contexto. No es ya tan importante observar el cuerpo, objetivar, describir, clasificar y diagnosticar, sino escuchar al sujeto, interpretar y comprender el significado de la enfermedad. Se desplaza la clínica de la mirada sobre el o la paciente como cuerpo, a la clínica de la escucha del sujeto - sujeto social y sujeto psíquico.

Hasta el momento presente coexisten corrientes de estudio, investigación y aplicación a la práctica médica, tanto sujetas a estricta biomedicina, como a los modelos psicosociales, como a marcos contextuales de los modelos socialista, ecosocial, biopsicosocial y de la subjetividad, que se diferencian en el distinto énfasis de sus desarrollos en aspectos de la historia, lo económico, lo social o lo psíquico. A continuación se exponen cada uno de estos enfoques críticos.

1.2.1. Enfoque socialista

> Cualquier cambio que se pretenda para la distribución equitativa de los recursos sanitarios será infructuoso si no cambia la dependencia económicay el control que las clases sociales ejercen sobre los

mecanismos de control y distribución de dichos recursos.

VICENTE NAVARRO, 1978

La posición socialista procede del marxismo. Añade la comprensión de la salud y la enfermedad como proceso en el que influye la historia, a su vez construida por las relaciones socioeconómicas y la estructura de clases sociales. Incorpora la influencia del contexto en la salud, pero de una manera muy específica: siempre poniendo la mirada en la estructura económica y la distribución del trabajo productivo en cada sociedad. Se centra en el análisis de los efectos del sistema capitalista sobre la distribución de los recursos, teniendo en cuenta que la pobreza y la deprivación de las clases sociales desfavorecidas son determinantes principales de enfermedad. Asimismo, se ocupará de cómo se distribuyen los recursos sanitarios. Las desigualdades sociales en la salud es el tema distintivo de este enfoque.

Vicente Navarro, profesor de Políticas Públicas en la Universidad Johns Hopkins (Baltimore, EEUU) durante 35 años, es una figura principal de la medicina socialista, que aplicará rigurosamente los principios marxistas. Plantea que:

> Cualquier cambio que se pretenda para la distribución equitativa de los recursos sanitarios será infructuoso si no cambia la dependencia económica y el control que las clases sociales ejercen sobre los mecanismos de control y distribución de dichos recursos (Vicente Navarro, 1978).

Basará la posibilidad de mejoras en el estado de salud en buena parte, en la disminución de las desigualdades sociales (Vicente Navarro, 2007, pág. 31).

En Estados Unidos, el enfoque socialista, dio lugar al Movimiento de Salud Comunitaria en los años 70, que reivindicaba la igualdad y equidad en el acceso a los servicios de salud. Fue promovido por las comunidades ciudadanas de barrios de clase sociales y etnias oprimidas y las reivindicaciones eran: acceso libre a los cuidados de salud y participación de la comunidad en la gestión de los servicios de salud. Veremos más adelante que este Movimiento se coordinó con el Movimiento de Salud de las Mujeres, producto también del enfoque socialista en el feminismo de aquel momento (Helen Marieskind y Barbara Ehrenreich, 1975).

A la hora del estudio de factores causales del contexto que se consideran determinantes de salud, se incluyen la economía, el lugar en la producción, la estructura de clases sociales y las relaciones de poder. Lógico distintivo de este enfoque, procedente de la teoría marxista, es el estudio de la influencia del trabajo, el lugar en la producción, la situación laboral y la repercusión de la pobreza en la salud. Dejará su marca más ostensible en el abordaje de la salud pública y su intervención en las políticas de salud, más que en la clínica, ya que lógicamente deviene en activismo político y en producir ac ciones poblacionales que mejoren las condiciones de vida y reduzcan las desigualdades de clase, aumentando el poder de la ciudadanía. Está posición estará fuertemente representada en el enfoque de género actual, como

veremos más adelante.

Los métodos de investigación compatibles con el enfoque socialista son los relacionados con el materialismo dialéctico del marxismo, que serán cuantitativos caracterizados por la observación de variables socioeconómicas sobre todo, y cualitativos, con observación de las interacciones contradictorias entre factores, para lo que la fenomenología proporciona su ayuda (Tabla 3).

1.2.2. Teoría psicoanalítica

> Hay algo de la enfermedad que no se guía por las leyes de la naturaleza (...) sino por el mundo simbólico.
>
> ALICIA AzUBEL, 2001

> Un cuerpo es materia. No obstante, no crece si nadie le habla. Aislado de sus semejantes, privado de los proyectos que urde con ellos o contra ellos, muere. Su vida se seca cuando se los desteta de sus amores y de sus sueños: muere cuando se rompen sus hilos tan finos que lo unían a los demás.
>
> GÉRARD POMMIER, 2000, pág. 12

La teoría psicoanalítica es creada por Freud a finales del siglo xix y principios del xx y su aportación fundamental es la existencia del inconsciente. Las formas de reaccionar, desear, actuar y, en definitiva, vivir y enfermar dependen, en parte, de la vida inconsciente. El inconsciente habita en el sujeto y este sujeto está descentrado del yo consciente. El sujeto del inconsciente y el Yo consciente son dos instancias distintas. Este es el cambio de paradigma de Freud: el ser humano no es consciente de todo lo que motiva sus sentimientos, sus deseos y sus actos, y esto es probablemente lo que provoca las resistencias mismas a la aceptación del psicosnálisis.

Así lo decía Gerald Edelman, neurobiólogo y Premio Nobel de Medicina:

> El inconsciente, en el sentido freudiano, sigue siendo indispensable para la comprensión científica de la vida mental del ser humano. (...) La hostilidad al modelo freudiano depende menos de la discusión científica que de la resistencia de los expertos mismos a su propio inconsciente. (Edelman, citado en Elisabeth Roudinesko, 2000, pág. 52).

La subjetividad se construye a lo largo del desarrollo, con la estructuración del sujeto del inconsciente, y se va reinscribiendo a lo largo de toda la vida a través de las sucesivas experiencias significativas. Es la principal teoría de la subjetividad que será punto de enlace con corrientes de la teoría feminista y determinadas líneas posteriores del enfoque de género.

En el proceso de salud-enfermedad se comprende el significado subjetivo de los

síntomas y padecimientos, los factores causales o asociados procedentes de los conflictos internos o inconscientes. Representa una teoría explicativa basada en los significados que las experiencias vividas adquieren para cada persona y cómo las enfermedades pueden ser la expresión en el cuerpo de conflictos provocados, tanto por estímulos externos y la relación con lo social, como por los estímulos internos (los propios deseos y pulsiones). Los factores distintivos de esta teoría son los factores psicodindmicos que rigen el sign cado de la enfermedad para cada persona. La explicación es opuesta al paradigma biomédico, que comprende las enfermedades como trastornos tipo, definidos y tratados por su expresión más superficial de síntomas y signos sin significado alguno. Los diagnósticos psicoanalíticos se basan, no en la sintomatología, sino en la estructura subjetiva del paciente.

La causalidad para la enfermedad es aquí múltiple y estructural. Los determinantes residen en tres áreas: la constitución de cada individuo; las disposiciones que va adquiriendo a lo largo del desarrollo y, finalmente, en las contingencias que van apareciendo en sus relaciones personales y sociales.

El psicoanálisis contempla, por primera vez en la teoría, la diferencia sexual y las formas de funcionar y enfermar de uno y otro sexo, proporcionando un marco para el estudio de la subjetividad y la identidad femenina y masculina que veremos cómo será incorporado por la teoría feminista.

El psicoanálisis es la teoría con mayor potencial de cambio del modelo de atención biomédico. Propone un giro fundamental: de la clínica de la mirada a la clínica de la escucha. La primera, la mirada sobre el objeto, contemplando al paciente como objeto del saber médico, tratando de objetivar síntomas y signos en la posición directiva propia del médico cuando este se sitúa como sujeto del saber y, por tanto, que decide lo que le pasa al paciente y cómo ha de tratarlo. La segunda, la clínica de la escucha del sujeto, ve al paciente como sujeto que padece síntomas con un significado subjetivo que sólo él conoce y, por tanto, una clínica de la escucha del sujeto encaminada a que este sujeto se dé cuenta de lo que le ocurre y tome sus decisiones y haga sus cambios. Paso de la clínica de la mirada del sujeto (médico) al objeto (paciente), a una clínica de la escucha de sujeto (médico) a sujeto (paciente), giro que inauguró Freud al pasar de observar a las mujeres histéricas para precisar cómo eran sus síntomas, a escucharlas para saber qué les pasaba y por qué.

El modelo clínico se apoya sobre las características del encuentro entre ambos sujetos, encuentro que posibilite causar efectos al paciente basado en la relación médico/a-paciente significativa. El concepto mismo de relación médico/a-paciente comienza con la teoría psicoanalítica, el sentido de relación significativa intersubjetiva cargada de identificaciones y afectos mutuos transferidos que es necesario manejar en beneficio del proceso de atención al paciente.

El modelo psicoanalítico tuvo penetración intensa en el modelo médico de la primera mitad del siglo xx, y fue decreciendo hasta 1980, fecha de la publicación del DSM III (tercera versión de la clasificación de los trastornos mentales), en la que

quedará disuelto, por ejemplo, el concepto de neurosis y desplazadas, incluso excluidas, las explicaciones psicodinámicas de la enfermedad mental que se habían incluido y se manejaban ampliamente en la medicina (Alicia Azubel, 2001). Ello fue debido al avance de la biomedicina tecnológica y el avance de las neurociencias y la farmacología, que redoblaron la continuidad de la era terapéutica.

1.2.3. Enfoque estructuralista

> Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de enfermedades y de la demanda del enfermo. (...)...la pareja médico-enfermo (...) ha constituido una experiencia (clínica), en la cual la mirada del médico se ha convertido en el elemento decisivo del espacio patológico.
>
> MICHEL FOUCAULT, 1974, pág. 195

El estructuralismo es una corriente filosófica de principios del siglo xx que impacta en todas las áreas de conocimiento3. En lo que concierne a sus efectos en las teorías de la salud, interesa cómo relativiza el concepto de progreso y el concepto mismo de estructura. Dentro del movimiento postmoderno, cuya línea de pensamiento es la estructuralista (y postestructuralista), se cuestiona que el progreso sea siempre hacia delante y para bien, como si hubiera una verdad universal que dirige las acciones del ser humano y de la sociedad. Dice Lévi Strauss:

> ... el progreso no es necesario ni continuo; procede por saltos, por estirones súbitos, o, como dirían los biólogos, por mutaciones. Estos saltos y estirones no consisten en ir siempre más lejos y en la misma dirección; se acompañan de cambios de orientación, un poco a la manera del caballo de ajedrez, que tiene siempre a su disposición varias progresiones, pero jamás en el mismo sentido. Más que a un hombre subiendo una escalera, la humanidad en progreso (...) evoca al jugador cuya suerte se reparte en varios dados que él ve a cada jugada esparcirse sobre el tapete (Lévi Strauss, 1952, pág. 63).

Es lo que se aprecia en las concepciones y prácticas de la salud y la medicina o teorías de la salud que aquí estamos resumiendo. Se puede ver que se esparcieron sobre el tapete durante el siglo xx, casi en una misma jugada, y permanecen disponibles para fundamentar los distintos juegos actuales, sin que se pueda decir que haya una progresión y avance lineal.

En cuanto al concepto de estructura, es un sistema de elementos en el que lo que importa y determina no son los elementos mismos, sino las relaciones entre ellos. Cada elemento está conectado con los otros por funciones mutuas. La estructura está determinada por las relaciones y transformaciones entre los componentes. Así, el ser humano funciona por su inserción en la estructura de parentesco en que se constituye y por el lugar que va ocupando en la estructura social, además de su inserción en el sistema ecológico. Estas estructuras en que se desenvuelve le determinan y

determinan su salud, al mismo tiempo que el ser humano va interviniendo y causando cambios, en definitiva también determinando esas estructuras, en una dialéctica de la causa al efecto y viceversa.

Todos los desarrollos posteriores que incluyen la influencia de la estructura del contexto social en la salud, tiene su precedente conceptual en el estructuralismo, tanto el ecologismo y la teoría ecosocial como el modelo biopsicosocial de la salud.

Michel Foucault, analiza en el Nacimiento de la Clínica (1963) el giro que se ha producido en la concepción de la enfermedad. Antes era una experiencia de sufrimiento del paciente que generaba en los que le rodeaban la atención compasiva y el cuidado de su persona - concepto que inspiraba la práctica médica humanizada con atención en la cabecera del enfermo, acompañándole en su intento de superación del sufrimiento-. La enfermedad aparece ahora como un producto de la experiencia clínica del médico, que observa la enfermedad - no al enfermo-, intentando descifrar los síntomas para transformarlos en signos y lesiones evidentes, diagnosticar y prescribir tratamiento. El campo de acción de la medicina no son ya los enfermos y la relación con ellos, sino las enfermedades y lo que los médicos hacen con ellas, a menudo ignorando la presencia del enfermo. Es la estructura hospitalaria emergente a principios del siglo xx, regida por relaciones de poder, la que da lugar, en parte, a este giro que describe Foucault, en el cual la mirada del médico se ha convertido en el elemento decisivo del espacio patológico.

Probablemente, el crítico de la tecnología biologicista de las prácticas médicas más radical es Ivan Illich. En su libro de gran impacto Némesis Médica (1975), en plena estela de la revolución cultural de 1968, criticó el funcionamiento de las instituciones del saber y poder médico. Critica la medicalización de la vida y la medicina industrializada argumentando que «produce daños clínicos superiores a sus beneficios» - dando enorme importancia al concepto de iatrogénia - enfermedades en que los agentes patógenos han sido los remedios mismos, los médicos y los hospitales-. Critica también la medicina porque «enmascara las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad» y (...) expropia «el poder del individuo para curarse a sí mismo y para modelar su ambiente». Este marco crítico intenta pensar en el contexto social como productor de enfermedad; al sujeto activo y autónomo como sujeto de su salud y no como objeto de la medicina. Se seguirá hablando de que para tratar la enfermedad, también hay que cambiar la sociedad que la causa y no sólo los desajustes de la maquina corporal de los individuos, pero se añade al enfoque socialista, el énfasis en que son las relaciones de poder las que determinan las situaciones sociales.

Foucault seguirá la crítica de Illich, al que ubica en una «antimedicina», en su Historia de la Medicalización (1974). Medicalización de la vida en el sentido de que, con la aparición de la medicina social, el saber médico se ocupa tanto del cuerpo y la enfermedad, como de cualquier otro aspecto de la vida. Medicalización que ya en los años 70 se evidenciaba que no producía mejoras en el estado de salud.

Si del enfoque socialista se extrae la influencia de las condiciones socioeconómicas en la salud, del enfoque estructuralista se comprende cómo la estructura y los mecanismos de poder producen esas condiciones sociales y sanitarias. Los distintivos del estructuralismo para los conceptos de salud son: el concepto de relaciones de poder como estructurante de las relaciones humanas y sociales; las relaciones de poder, también en las que se desenvuelven los sistemas de salud, cómo estructuran también la práctica médica; cómo el paciente queda colocado como objeto del poder médico y las propuestas alternativas de autonomía y empoderamiento; y por último, las ideas sobre la medicalización y la iatrogénia.

No se puede decir que se hayan dado modelos de atención en salud propios del estructuralismo mismo, pero su potente marco conceptual sustentará los siguientes enfoques críticos, tanto en la salud pública como para futuros modelos de práctica médica, como el biopsicosocial.

En la investigación, las posiciones epistemológicas utilizadas son las vertientes de la sociología constructivista. Siempre métodos cualitativos interpretativos como la etnometodología y el interaccionismo simbólico. También se utilizarán métodos de análisis del discurso (Tabla 3).

1.2.4. Enfoques sistémico y postestructuralista

> Hoy entiendo lo novedoso de la propuesta del Equipo de Reflexión: este trabajo promueve relaciones más equitativas entre clientes y terapeutas, entre supervisores y supervisados, y entre maestros y alumnos. Nos permite considerar diferentes ideas y darle espacio a una variedad de experiencias de vida, desde las profesionales a las cotidianas.
>
> MARGARITA TARRAGONA, 2002, pág. 5

En el contexto del constructivismo que alimentaba la vanguardia del conocimiento, surge una teoría que tendrá mucha importancia en el ámbito de la salud, específicamente de la salud mental. La terapia sistémica es iniciada por Gregory Bateson, que conjugaba varias áreas de conocimiento que le permitieron dar a luz una teoría en la que se sintetizó múltiples perspectivas del pensamiento contemporáneo: la antropología, la lingüística y la ciencia social del estructuralismo - que le proporcionaba la visión de la construcción social de la enfermedad en el contexto de la estructura social y familiar-, con su interés y conocimiento por la teoría de sistemas y la cibernética, de las que trasladó el funcionamiento de las interacciones entre las partes de un sistema, interacción que tiene resultados mayores y distintos a la suma de las partes (interaccionismo). De esta óptica conjunta, y también nutrido por la teoría de la comunicación de Paul Watzlawick - la comunicación se compone del mensaje, pero también de las características del emisor y del receptor del mensaje-, Bateson publica en 1952 su teoría del doble vínculo explicativa de la esquizofrenia. Dice que la enfermedad mental es un producto de los vínculos sociales y las formas

de comu nicación establecida en el marco del sistema familiar. Explicará los efectos de desagregación de la personalidad esquizofrénica por la sujeción a un doble vínculo. Este se produce porque una persona significativa para el paciente le lanza repetidamente mensajes contradictorios. Por un lado, un mandato negativo, con una amenaza de castigo si hace tal o cual cosa, y después un mandato positivo para hacer tal o cual otra, que está en contradicción con el mandato negativo. Estos mensajes pueden ser verbales, pero pueden ser también enviados no verbalmente. La repetición de esta ilógica acaba disociando al paciente. La eficacia del doble vínculo se debe a que se produce dentro de un sistema familiar en el que cada persona tiene un fuerte significado definido para las del resto del sistema. Se irá construyendo la terapia familiar sistémica, en la que para tratar a un paciente se trata a todo el grupo familiar conjuntamente, interviniendo y modificando los vínculos y el lugar sistémico que ocupa el paciente. La sistémica evolucionará en, al menos, dos corrientes: una más pragmática, desarrollada desde Salvador Minuchin, psicoanalista estadounidense que necesitó desarrollar formas de terapia más rápidas y disponibles para familias pobres, con escasa cultura, que no podían beneficiarse de la terapia psicoanalítica. En esta línea, el terapeuta pretende curar lo más eficazmente posible y no cuenta con los impases de su propia subjetividad en la interacción con el sistema familiar que trata, o si establece o no cierto poder durante el proceso. Procede de un intento de dar practicidad al psicoanálisis centrándose en tratar los vínculos y no directamente lo intrapsíquico.

Por otra parte se desarrolla otra línea bajo supuestos postestructuralistas. Estos se reconocen por cuestionar todas las formas de poder, toda verdad universal. Decía Waztlawick que «toda ayuda crea una estructura de poder entre el ayudado y el ayudante», sin embargo, los terapeutas sistémicos constructivistas (postestructuralistas) harán cambios encaminados a mitigar esa relación de poder con métodos de terapia en la que cuenten con la subjetividad del terapeuta. Para ello existe una corriente que usa los llamados equipos reflexivos (Tom Andersen, 1990; Gloria Licea (compl.), 2002), equipos de terapeutas que estarán presentes en la terapia narrativa que otro realiza y que reflexionaran en voz alta al lado del paciente, sobre las emociones y evocaciones personales que les causa el diálogo entre el paciente y el terapeuta, se trata de añadir voces y más voces singulares, subjetivas. Esta forma de exponerse los terapeutas desde su historia personal, es la manera de ayudar al paciente a generar (construir) saber sobre sí mismo a partir de las historias particulares de otros, y no de un supuesto saber universal y verdadero que el terapeuta propondría. Es además, el modo de colocarse de igual a igual y mitigar la posición de poder tan revulsiva al postestructuralismo.

La derivación a estas terapias narrativas, llamadas así porque se fundamentan en que la vida se construye a lo largo de narraciones de las cuales unas son enfermantes, porque colocan en papeles pasivos, subordinados... otras son curativas, cuando se coloca en un papel activo y deseado por el sujeto. Se trata de que el sujeto genere estas últimas.

> ... (los terapeutas) preocupados por no manipular a sus clientes imponiéndoles

> sus propios puntos de vista. (Su visión) es la del constructivismo, cuya irrupción en la terapia familiar inaugura la era postmoderna en el modelo sistémico. Como evolu ción natural del constructivismo, y siempre en la línea de la postmodernidad, durante los años noventa se ha abierto paso el socio-construccionismo, que mantiene la bandera de la subjetividad del terapeuta frente a una objetividad imposible. La realidad es una construcción social y los síntomas tienen sentido en un determinado contexto narrativo, perdiéndolo si desaparece la narración que los sustentaba. Por eso la terapia es una conversación co-creadora de nuevas narrativas (Marcelo Cebeiro y Juan Luis Linares).

La terapia sistémica tendrá fuerte penetración en el ámbito sanitario y psiquiátrico en España, y acabará provocando reacciones en el feminismo porque la escuela de Bateson contribuyó a dar lugar a la idea de madre psicopatógena, que depositaba en las mujeres una culpabilidad sobre la enfermedad de los hijos inmanejable e injustificada.

La terapia narrativa, sin embargo, permanece en España en extremos muy reducidos de la psicología social crítica, como todos los derivados del pensamiento posmoderno. Aún así, nutrirá los aspectos de la epistemología feminista que se posicionan a favor de la experiencia de las mujeres como fuente de conocimiento, como veremos en el Capítulo 2, sobre epistemología feminista.

Los métodos de investigación se sitúan en la posición epistemológica constructivista y de análisis del discurso, utilizando siempre métodos cualitativos interpretativos.

1.2.5. Teoría ecosocial

> El marco teórico ecosocial (...) aparece, en parte, como crítica a la teorías de «estilos de vida» que culpan a la víctima, los cuales enfatizaban la responsabilidad individual para elegir los llamados estilos de vida saludables y para manejar mejor el estrés. Este nuevo análisis está explícitamente dirigido a los determinantes económicos y políticos de salud y enfermedad, incluyendo las barreras estructurales para que la gente viva de forma saludable.
>
> NANCY KRIEGER, 2001, pág. 674

Las cuestiones principales que se analizan son cómo las políticas atienden las necesidades de salud de la población, pero viendo también las condiciones de vida dentro del sistema ecológico. Forman parte de este sistema ecológico las condiciones sociales, además de las biológicas. Nancy Krieger4 dice que los factores asociados a la producción ecosocial de la enfermedad están en las condiciones de organización y riesgos en el lugar de trabajo, discriminación y desigualdades de remuneración y

estatus, y los productos de la mercantilización desenfrenada de todas las actividades humanas.

Se centra, sobre todo, en las políticas que producen condiciones de vida y la hipótesis principal es que las instituciones políticas y económicas que crean, refuerzan y perpetúan privilegios sociales y económicos, son las principales causas de las desigualdades sociales en salud.

Se analizan las interdependencias entre las instituciones y las manifestaciones en las personas de las relaciones de poder y se tiende a buscar estrategias de cambio político, social y empoderamiento comunitario (Tesh, 1988; Link, 1996; Nancy Krieger, 2001). Como se ve, tiene una fuerte influencia marxista, pero también estructuralista y con la singularidad de incorporar el concepto de sistema ecológico biológico y social, en el que el ser humano es una pieza.

La propia Krieger dice que su teoría surge en principio, como reacción a la óptica psicosocial que considera responsables a los individuos `víctimas de sus estilos de vida', porque no cree que los individuos puedan cambiar sus comportamientos sin que cambien las condiciones sociales que los determinan. Sigue un enfoque de la producción social de la enfermedad. Utiliza un concepto explicativo de esta asociación de lo social con la enfermedad muy interesante: el embodiment, concepto de dificil traducción pero que podría ser `incorporar', `tomar cuerpo», `encarnación', concepto cercano a la psicosomática, pero con la diferencia de que salta el `psi', que no se contempla en su teoría. Va directamente a lo `socio-somático':

> ... (el embodiment)... es un concepto referido a cómo literalmente se incorpora biológicamente el mundo material y social en que vivimos (...); un corolario es que ningún aspecto de nuestra biología puede ser entendido en ausencia del conocimiento sobre la historia y las formas de vida individuales y sociales (Krieger, 2001, pág. 676).

Las patologías del embodiment se estructuran por los siguientes factores simultáneos: el orden social sobre el poder y la propiedad, los patrones de producción, consumo y reproducción; la consecuente deprivación socioeconómica y los traumatismos sociales; las posibilidades de nuestra biología; la exposición a sustancias tóxicas y peligrosas, los cuidados de salud inadecuados, nuestro contexto ecológico e historias individuales tanto por las trayectorias biológicas, como por el desarrollo social, con la introducción del concepto de «curso de vida» (life course); y también por las interacciones entre la exposición, las susceptibilidad y la resistencia, condicionadas todas ellas por los distintos niveles de la estructura social (individual, vecindario, regional, nacional y supranacional). Se abarca todo el espectro de causalidad planteado hasta el momento, a excepción notable de lo psíquico, probablemente por el marco materialista que subyace, por una parte, y como reacción a las teorías psicosociales anteriores, por otra parte. Podemos decir que se ubica en una concepción biosocial de la salud.

Esta corriente ha tenido fuerte impacto en salud pública, campo del que procede, y también repercusión, aunque mucho menor, en modelos de atención críticos en los márgenes de los sistemas sanitarios oficiales, como se verá más adelante, aplicados a la salud de las mujeres.

La posición epistemológica es marxista y estructuralista. Se trata de un materialismo histórico dialéctico (en cuanto a interacciones en todas las áreas) declinado para explicar la producción de la enfermedad. Los métodos de investigación que le son propios son estudios epidemiológicos que cuentan con factores y variables explicativas de la estructura de clase sociales, situación laboral, relaciones de poder y curso de vida, distintivos de este enfoque. Se servirán de métodos de investigación, tanto positivistas con estudios estadísticos multifactoriales, como algunos métodos de observación fenomenológica (véase Tabla 3).

1.2.6. Modelo biopsicosocial

> Aspectos fundamentales de la perspectiva biopsicosocial: estimula a un conocimiento más integral del paciente y su entorno; integra los hallazgos de las tres esferas: biológica psicológica y social; reconoce el papel central que desempeña la relación terapéutica en el curso de los acontecimientos; optimiza el trabajo en equipo; incorpora al profesional de salud como un pieza más del sistema que también debe ser cuidada.
>
> RONALD EPSTEIN, 2001, citado por Borrell, 2002, pág. 178

Hasta el momento se han revisado modelos de conocimiento sobre el proceso de salud/enfermedad que, como reacción al modelo eminentemente biologicista de la biomedicina - lo `bio'-, optan por el énfasis en algunos de los otros componentes del funcionamiento humano: lo psicosocial (teoría psicosocial); lo social (enfoque socialista); lo biosocial (teoría ecosocial) y lo psíquico (teoría psicoanalítica).

George Engel plantea el modelo biopsicosocial en 1977 y habla de la necesidad de un nuevo modelo de atención clínica que integre los aspectos de las tres esferas, la biológica, la social y la psíquica. Resulta un modelo ecléctico que sintetiza, en buena parte, las teorías y enfoque críticos descritos hasta el momento.

Borrell i Carrió, Epstein y Suchman (2004), los principales continuadores del modelo biopsicosocial, junto a Jorge L.Tizón (2007), realizan sendas revisiones a 25 años del primer artículo de Engel de 1977. Exponen cómo en aquel primer momento el modelo surgió como crítica a la deshumanización de la medicina que contemplaba al paciente como objeto, desempoderado y que no tiene en cuenta la experiencia subjetiva del paciente que también es susceptible de estudio científico.

Hasta el momento, los enfoques alternativos desarrollaban lo social o lo psicológico, y el psicoanálisis había desarrollado la psicología profunda, pero las

prácticas médicas no llegaban a integrar todos los componentes. Se recoge cómo en sucesivos trabajos, Engel (1980 y 1988) desarrolla lo que aparece como un nuevo paradigma. Borrell lo explica así:

> ... un nuevo paradigma porque propone una visión del mundo que incluiría la experiencia subjetiva del paciente junto a datos biomédicos objetivos; un modelo de causación que sería más comprensivo y naturalista que los modelos reduccionistas lineales y una perspectiva sobre la relación paciente-médico acorde con más poder para el paciente en el proceso clínico y transformar el rol de paciente de objeto pasivo de las investigaciones a sujeto y protagonista del acto clínico (Francesc Borrell, 2002, pág. 175).

Posteriormente, Tizón (1988) desarrolló ampliamente el modelo de clínica médica «psicológicamente influida» bajo óptica psicoanalítica, tanto de los componentes psíquicos del proceso salud enfermedad, como de la relación médico-paciente con la transferencia como centro de atención, además de una visión comunitarista de la esfera social. Y Borrell i Carrió (1992) ha desarrollado la relación médico-paciente desde la óptica de la comunicación.

La enfermedad es vista más desde la experiencia de enfermar que desde el trastorno fisiopatológico. Se define por trastornos, cuando los hay, pero también por malestares o problemas percibidos por el paciente, cuya causación es multifactorial circular (biológica, psíquica y social interactuantes) y estructural (causas necesarias, desencadenantes, coadyuvantes y asociadas).

El modelo de atención está centrado en el paciente (Mead, 2000; Borrell, 2002) Tizón (1989) lo llamó centrado en el `consultante', dándole la palabra, dejándole participar en las decisiones, averiguando sus expectativas en un plano de igualdad, cuidando mucho cómo el profesional usa su poder. Se apoya en la clínica de la escucha de sujeto a sujeto - clínica del encuentro del psicoanálisis - y busca la experiencia y vivencia del paciente, aunque no utiliza el instrumento terapéutico del análisis del inconsciente. Se llega a una `aplicación abierta del modelo', como dice Borrell (2002), como una perspectiva que se abre a la complejidad humana, pero que no se separa de una práctica también guiada por evidencias científicas (Tabla 1).

Los factores de la relación médico-paciente que se tiene en cuenta son la capacidad de escucha y manejo de las transferencias, la capacidad para correlacionar los aspectos biopsicosociales y, por último, factores que dependen de las posibilidades de expresión de experiencias del paciente relacionadas con las condiciones del encuentro.

La posición epistemológica en la que se ubica es también ecléctica, ya que se trata de compatibilizar los enfoques biomédicos, más ligados al positivismo y actualmente a la medicina basada en la evidencia, con constructivismo y constructivismo dialéctico (Tizón, 1995) e interaccionismo simbólico, ya que busca causalidades de factores sociales que interaccionan entre ellos y en las propias relaciones humanas.

Así que se servirá de métodos cualitativos interpretativos de investigación, como observación participante (etnometodología); análisis del discurso y sus representaciones sociales, entrevistas, grupos de discusión (constructivismo); análisis interpretativo de textos, narraciones (sociolingüística y semiótica) e incluso de epistemología psicoanalítica, con métodos de análisis de experiencia vivida y subjetiva (Tabla 3).

1.3. POSICIONES EPISTEMOLÓGICAS DE LA CIENCIA MÉDICA Y DE SOCIOLOGÍA DEL CONOCIMIENTO

La epistemología se entiende como la doctrina de los fundamentos y métodos del conocimiento científico. Es la investigación sobre la naturaleza de la práctica científica. Se ocupa de saber cómo se desarrollan, evalúan y cambian las teorías científicas. En definitiva de cómo se hace la ciencia.

La epistemología trata de explicar la naturaleza de los conceptos científicos y la forma de obtener el conocimiento en las distintas teorías. Además, trata de relacionar esos conceptos científicos con la realidad; los medios que la ciencia utiliza para determinar la validez de la información; los tipos de razonamiento utilizados para llegar a conclusiones y las implicaciones de los diferentes métodos y modelos de ciencia (Javier Echevarría, 1999; Alan Chalmers, 2000).

Desde la ciencia se puede poner la mirada sobre un fenómeno u otro y lo que se conozca del fenómeno observado dependerá de los caminos para acceder al conocimiento, lo que determina también las preguntas que se investiguen y con qué métodos se busquen las respuestas.

Las distintas lentes epistemológicas - al igual que los marcos teóricos-, permiten acceder a aspectos distintos de la realidad. Si la lente usada es la posición positivista y se estudia, por ejemplo, la depresión, se podrán observar sólo los hechos biológicos relacionados con esta entidad y sólo aquello que pueda se reducido a la medida de una variable causal sobre un efecto. Y si se estudia desde una posición epistemológica constructivista, se podrán observar e interpretar las causas psicosociales que intervienen en la producción de depresión y su correlación con distintas circunstancias del contexto social. Aunque no se pueda medir la influencia de variables, sí se pueden interpretar los procesos que interviene en la depresión. Es otra posición epistemológica para pensar el mismo problema.

Para avanzar en el conocimiento bajo el enfoque de género, habrá que elegir posiciones epistemológicas y, por tanto, métodos de estudio e investigación que sean los adecuados para el tipo de problema que tratamos. Ya avanzamos que este problema del género en la salud no es sólo biológico, sino también contextual y influido por la subjetividad. Por ello, habrá que acercarse desde ópticas constructivista. Las posiciones positivistas serán necesarias para describir la distribución de diferencias en salud, pero estas son insuficientes, ya que hemos de contar con métodos que permitan interpretar la construcción de proceso salud

enfermedad bajo la influencia del género y de la experiencia subjetiva vivida y de las identidades de género.

Por todo ello, interesa identificar a qué posiciones y métodos de investigación, relacionados con la ciencia médica y la sociología médica, son afines las distintas teorías para saber qué métodos serían idóneos para resolver los problemas planteados.

Hemos caracterizado distintas posiciones epistemológicas presentes en el siglo xx, también iniciadas al final del siglo xlx, y que continúan en el xxl, según tres conceptos definitorios:

1.Procedencia o forma de obtención del conocimiento sobre el fenómeno humano.

2.Tipo de objetivos de estudio que se plantean.

3.Métodos de investigación propuestos.

En la Tabla 3, se sintetiza esta caracterización de las posiciones epistemológicas o programas del conocimiento del siglo xx-xxi que se han seleccionado, útiles para asociarlas a las diversas teorías de la salud.

1.3.1. Positivismo

Se parte de la posición positivista de la Ciencia Moderna. Se atribuye a Auguste Comte, filósofo y matemático (1798-1857) la creación del término `positivismo' para describir esta base epistemológica. Es el empirismo hegemónico en la ciencia médica contemporánea. Es concordante con el paradigma biomédico, como se ha apuntado en la descripción de esta teoría.

El positivismo se caracteriza porque se considera que la única fuente de conocimiento es la ciencia experimental, siguiendo el modelo de la física. Los mecanismos de la enfermedad han de ser evidenciables por la observación repetida y reproducible experimentalmente del mismo fenómeno. Precisa que se repita la misma causa-efecto sujeta a variables mensurables y objetivables. Sigue para el fenómeno humano y la enfermedad el mismo modelo de conocimiento que para los hechos de la física. Los métodos de investigación serán, por tanto, privilegiadamente los cuantitativos.

1.3.2. Crítica en siglos xixy xx: marxismo, psicoanálisis y fenomenología

Le siguen posiciones epistemológicas de la sociología que conforman un bloque crítico en el marco de las revoluciones del pensamiento de finales del s. xix y principios del s. xx. Son ya críticas con el empirismo positivista y tendrán una fuerte influencia en las futuras orientaciones de la sociología del conocimiento en los siglos xx y xxi. Estas son el materialismo dialéctico (del marxismo), el psicoanálisis, giros copernicanos del conocimiento y, también, la fenomenología.

La posición epistemológica del marxismo (Karl Marx, 1818-1883 y Friedrich Engels, 1820-1895) es el marco filosófico del materialismo dialéctico. Este explica que la vida humana está determinada por la historia y esta, a su vez, se rige por la economía y los modos de producción. Esta determinación es dialéctica, en el sentido de que la historia impone las condiciones para el desarrollo de la vida humana pero, al mismo tiempo, las acciones humanas van determinado la historia (Friedrich Engels, 1884). Los cambios sociales se producen a partir de factores prácticos, tecnológicos o materiales, en especial el modo de producción, siendo estos últimos y la lucha de clases, los factores principales de cambio social. La dialéctica, que desarrollaron posteriormente Lenin (1929) y otros autores, plantean que el conocimiento sobre la naturaleza, la historia, la sociedad y el fenómeno humano se rige por la presencia siempre de fuerzas contrarias en lucha (por ejemplo la lucha de clases) que interactúan dando lugar a cambios. Siempre hay que observar las partes en funcionamiento y su interacción, que puede ser entre opuestos. Así, una realidad no cambia por acumulación cuantitativa, sino porque se produce un cambio cualitativo que da lugar a otra realidad distinta. De este modo, es crítica con el positivismo que entiende los fenómenos como la suma de las partes cuantificables, y se acerca a la fenomenología, que empieza a contemplar esa interacción entre las partes.

Para el proceso de salud enfermedad, conlleva visiones que han de incluir lo que ocurre en la estructura social y económica y sus contradicciones, generadoras de sufrimiento y condiciones adversas para la vida humana.

Simultáneamente al materialismo dialéctico, y en la esfera de pensamiento externa al marxismo, se desarrollaba otra posición epistemológica cercana y compatible: el método fenomenológico de Edmund Husserl (1859-1938) que parte también de la crítica el empirismo. La fenomenología inicia una posición subjetiva frente al conocimiento, ya que considera que la observación que hace el sujeto de los objetos que estudia es intencional, mediatizada por su deseo y no objetiva. Se propone observar los fenómenos como experiencias tal y como las percibe el individuo desde su conciencia, sin utilizar suposiciones explicativas procedentes de teorías empíricas, como las de las ciencias de la naturaleza. Empieza a considerar la experiencia del sujeto como fuente de conocimiento. La fenomenología está en la base de los métodos constructivistas que la seguirán, críticos siempre con el empirismo positivista y que se centrarán en que el fenómeno humano se construye en su interacción social, metodologías de las que se van a servir necesariamente todas las teorías críticas que entienden la salud y la enfermedad como proceso socialmente construido.

La tercera posición de este bloque es la epistemología psicoanalítica. Discutida profusamente, pero rescatamos de ella los conceptos que nos permiten definir cómo obtiene conocimiento sobre el hecho humano.

La epistemología psicoanalítica (Tabla 3) accede al conocimiento sobre el funcionamiento humano, mediante la escucha e interpretación de la estructura del

inconsciente. Las formaciones del inconciente a través de las que este se manifiesta son la palabra, los sueños y los actos fallidos y las actuaciones inconscientemente impulsadas. Las conductas, formas de vivir, reaccionar y enfermar están influidas por el funcionamiento del inconsciente. Conocer cómo está construida la subjetividad y qué estructura clínica subjetiva tiene un paciente, permite analizar el funcionamiento de sus deseos, sus acciones y el significado de su enfermedad. Y cambiar, mediante el análisis de la palabra en la relación transferencial, los conflictos inconscientes que le enferman.

Aporta una teoría de la subjetividad inconsciente que añade al conocimiento del fenómeno humano la comprensión de la parte intrapsíquica en el proceso salud/ enfermedad.

El método de investigación, cualitativo, avanzará en la interpretación caso por caso y en la escucha subjetiva del paciente en la que el sujeto que escucha está también implicado.

Desarrollará modelos de atención en salud que incluyen atención a la subjetividad, como han sido la atención médica en la primera mitad el siglo xx y posterior mente en el modelo biopsicosocial. A la teoría feminista, le ha proporcionado una teoría de la subjetividad para comprender la construcción de las identidades sexuales y de género. El psicoanálisis ha estado en la génesis misma del concepto de género.

1.3.3. Constructivismo

Y un tercer bloque de la sociología del conocimiento es el constructivismo, que para algunos es la segunda ola de la sociología del conocimiento, que sigue la estela dejada por la primera ola de las tres grandes epistemologías críticas (materialismo dialéctico, psicoanálisis y fenomenología).

El constructivismo social caía por su propio peso en el contexto del pensamiento de los años 60. «La realidad se construye socialmente y la sociología del conocimiento debe analizar los procesos por los cuales esto se produce» (Peter Berger y Thomas Luckmann, 1968). La repercusión en el campo de la salud es evidente, penetrando la sociología médica y todos los planteamientos actuales sobre los factores sociales en las formas de enfermar. Se asociarán a los enfoques en salud homónimos (ecosocial, biopsicosocial) y a la segunda ola feminista, también llamada feminismo constructivista.

La etnometodología de Harold Garfinkel (1967) es «llamada así por ser algo elaborado por el grupo humano que vive unido, un etnos». Parte de la construcción social de la realidad y de la experiencia personal. Se centra en «la parte activa que juegan los miembros de un grupo social en la estructuración y construcción de las modalidades de su vida diaria» (Miguel Martínez). Se basa en la interpretación de lo que hacen las personas en el contexto de su cultura para construir las situaciones sociales y su experiencia vivida. Observa para interpretar todos los elementos que

interactúan en un proceso vivo de un grupo. Ha servido hasta ahora para examinar muchas facetas y aspectos de la vida humana y del orden social; como problemas familiares, estudio del curso vital, trabajo social, violencia doméstica, enfermedades mentales, terapia familiar, problemas sociales y estudio de anomalías psicológicas o sociales (James Holstein y Jaber Gubrium, 1994 y 2000, citados por Miguel Martínez).

Casi simultáneamente Herbert Blumer (1969) desarrolla el interaccionismo simbólico, que da un paso más en la comprensión de la construcción social de la realidad: el fenómeno humano se construye en la interacción social, es decir, no a partir de la vivencia de una situación social u otra, sino en las interacciones mismas de las relaciones sociales. Se trata de que el todo - una realidad social determinada-, es mayor que la suma de las partes - más que varios factores sociales sumados-. La interacción que se produce entre estas condiciones genera otros componentes. Así, por ejemplo, para comprender la experiencia de enfermedad de una persona, no basta sumar su edad, su clase social o su estado civil, variables cuantificables de forma empírica, sino que hay que contar con la interacción de lo que significa para la persona cada uno de esos hechos, qué significa su estado civil, a su edad y con la escasez de recursos, en su funcionamiento social y esta interacción genera resultados diferentes en cada experiencia. Por este camino cada vez es más insuficiente el estudio empírico positivista.

El método del interaccionismo simbólico, incorpora el estudio de los significados subjetivos. Dice Blumer sobre su método:

> -Los seres humanos actúan en relación con los objetos del mundo físico y de otros seres de su ambiente sobre la base de los significados que éstos tienen para ellos.
>
> -Estos significados se derivan o brotan de la interacción social (comunicación, entendida en sentido amplio) que se da en medio de los individuos. La comunicación es simbólica, ya que nos comunicamos por medio del lenguaje y otros símbolos; es más, al comunicarnos creamos o producimos símbolos significativos.
>
> Estos significados se establecen y modifican por medio de un proceso interpretativo: «el actor selecciona, modera, suspende, reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en que se encuentra y la dirección de su acción. ..; los significados son usados y revisados como instrumentos para la guía y formación de la acción (Blumer, 1969, citado por Miguel Martínez).

Por último, podemos reseñar la sociología de los discursos. Bajo el mismo planteamiento constructivista, toma en cuenta que la interacción y comunicación social se produce a través del lenguaje, luego en el lenguaje - el discurso-, está el saber sobre dicha interacción. Responde al pensamiento postestructuralista que

plantea que la cultura, todo lo social y la experiencia humana misma se construyen en el lenguaje. Se desarrollan la sociolingüística y la semiótica, que es una teoría de los signos (palabras y signos no verbales). El análisis de los signos cuenta con el signo mismo o significante, el objeto o significado que representa y el interprete o sujeto. Analiza el discurso en cuanto a la significación y sentido de los tres componentes.

Estas últimas posiciones epistemológicas, ligadas al pensamiento postestructuralista, pueden llamarse la tercera ola (posmoderna), que invade ya el siglo xxi, concuerdan, tanto con la tercera ola del feminismo postestructuralista, tercera ola en la que también navegan algunos modelos de salud postestructuralistas, como la terapia sistémica avanzada y la terapia narrativa (véase Tablas 1 y 3).

Los métodos de investigación constructivistas son cualitativos, que se presentan como alternativa a los métodos cuantitativos propios de la Ciencia Moderna positivista, que se han desarrollado en el ámbito de la sociología médicas. La bondad de estos métodos para interpretar y comprender los procesos de salud/enfermedad sufre aun cuestionamientos desde la ciencia médica hegemónica. Esta todavía mantiene sus criterios de validación de investigaciones y los patrones y normas para publicación de trabajos incompatibles con los productos de metodología cualitativa. Sin embargo, para la investigación dentro del enfoque de género, se hace necesario incorporar métodos cualitativos que respondan a la construcción social de la experiencia humana, ya que el género es en sí mismo una construcción social.

Referimos aquí también una síntesis de la epistemología feminista, aunque se va a desarrollar más en el Capítulo 2. Se resume en que tanto el ser humano objeto de la ciencia, como el sujeto de la ciencia tienen sexo. Y este hecho no se ha tenido antes en cuenta, ignorando este factor generador de hechos diferenciales en la experiencia vivida y la realidad social. Además, en la historia, el sexo hegemónico ha sido el masculino, y existe una relación de poder entre ambos sexos que tiene como efecto la invisibilidad y desvalorización de todo lo femenino y de las mujeres mismas como sujeto sociales (Tabla 3). Volveremos sobre ello más adelante.

TABLA 3.—*Algunas posiciones epistemológicas de la ciencia médica y la sociología del conocimiento en los siglos XIX, XX y XXI*

Posición epistemológica Autores/as referidos	Forma de obtención del conocimiento sobre el fenómeno humano	Objetivos de estudio	Métodos de investigación
Positivismo Auguste Comte, Karl Popper, John Eccles, Alan Chalmers, Javier Echevarría.	El conocimiento sobre los procesos biológicos procede de la ciencia experimental. Por observación de los fenómenos anatomo-fisiológicos y patológicos. La verdad es aquella estadísticamente demostrada.	Conocer los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad. Filiar las enfermedades y síndromes en clasificaciones diagnósticas por agrupación estadística de síntomas y signos. Relacionar una causa-un efecto.	Método empírico, sistemático, controlado y crítico de proposiciones hipotéticas acerca de presuntas relaciones entre causas y efectos. Observaciones empíricas objetivas, reproducibles, falsables y plausibles Aislar los procesos en sus partes, medirlos y evidenciar correlación lineal estadística entre causa y efecto. Aislar causas únicas. Una causa-una variable-un efecto. Métodos de análisis cuantitativos estadísticos lineales.
Marxismo Karl Marx, Friedrich Engels, Lenin.	Procede de la observación de la historia, los cambios sociales se producen por la base material de la sociedad: el capital y la producción. Podría considerarse el inicio de una sociología del conocimiento.	Análisis del contexto socioeconómico y los modos de producción para comprender los cambios sociales y humanos.	Materialismo dialéctico. Método para interpretar el fenómeno humano, la historia y los cambios sociales mediante la observación de las partes, la interacción de fuerzas contrarias y la transformación en lo contrario o en componentes cualitativamente diferentes. Influencia dialéctica entre las acciones de las personas, los efectos que causan y viceversa.
Fenomenología Edmund Husserl.	El conocimiento se produce en la observación subjetiva de la realidad mediatizada por la intención y deseo del sujeto. Procede de la experiencia tal y como se presentan en la conciencia de la persona observadora, sin recurrir a deducción o suposiciones procedentes de otras disciplinas tales como las ciencias naturales. Podría considerarse el inicio de una sociología del conocimiento.	Conocer la realidad percibida y las interacciones de las partes.	Observar, interpretar y comprender los fenómenos de la realidad desde la percepción de la conciencia insertos en la interacción social Métodos cualitativos.
Psicoanálisis Sigmund Freud, Jacques Lacan.	El conocimiento se produce en la experiencia clínica de apertura al inconsciente. El proceso de conocimiento es subjetivo y reside en la subjetividad. Funcionamiento humano en los tres registros de la vida psíquica: lo real, lo imaginario y lo simbólico.	Analizar el significado subjetivo de la enfermedad y la estructura y producciones del inconsciente y sus efectos.	Método cualitativo. Métodos por la palabra, de escucha analítica en transferencia individual y grupal. Los procesos mentales inconscientes implican a los sujetos estudiado y estudioso. Indentificar la estructura clínica, analizar la construcción de la subjetividad y su relación con los actos, las actitudes, las formas de vida y la enfermedad.

Posición epistemológica Autores/as referidos		Forma de obtención del conocimiento sobre el fenómeno humano	Objetivos de estudio	Métodos de investigación
Sociología constructivista del conocimiento . Meter Berger, Thomas Luckmann.		El conocimiento sobre el funcionamiento humano es producido en el escenario social. La experiencia humana está socialmente construida.	Estudiar la construcción social de la realidad.	Métodos cualitativos. Descripción y análisis de la realidad social con métodos de observación interpretativos. Se servirá de las diversas orientaciones metodológicas.
Sociología del constructivista	Etnometodología. Harold Garfinkel, James Holstein, Jaber Gubrium.	Los hechos sociales son las realizaciones prácticas, producto de la actividad continuada de los seres humanos. Los hechos sociales son realizaciones de sus miembros.	Comprender las prácticas sociales, los comportamientos, los significados.	Métodos cualitativos interpretativos. Interpretación en observación participante, con grabación/vídeo de procesos reales. Se interpreta el lenguaje y las acciones, gestos, emociones y sentimientos que causa interaccione, no sólo el lenguaje. Triangulación de interpretadores.
	Interaccionismo simbólico. Herbert Blumer.	Los seres humanos actúan según el significado de los hechos para cada uno. Este significado se construye en la interacción social. La interacción social se produce a través de la comunicación simbólica. El todo es mayor que la suma de las partes. No es posible reducir los fenómenos a sus partes constituyentes porque dejaría de contarse con la interacción de los significados entre ellas (Blumer).	Comprender cómo se construye la realidad social y la experiencia de las personas. Por ejemplo, cómo se construye la experiencia de la enfermedad.	Métodos cualitativos interpretativos y de comprensión de los significados. Escuchar, observar e interpretar lo que las cosas significan para las personas observadas. Observación participante. Estudio de casos en que el investigador entra activamente en el medio de las personas que estudia.
	Análisis del discurso. Sociolingüística	La interacción humana es a través del lenguaje y otros símbolos, luego en el lenguaje, -el discurso-, está el saber sobre dicha interacción. El conocimiento está en los discursos que contienen el significado de la experiencia humana. El saber científico es una clase de discurso.	Análisis interpretativo del discurso visto como un proceso psicosocial de la experiencia. Se buscan las representaciones sociales del discurso	Métodos cualitativos interpretativos. Análisis del discurso y de las representaciones sociales que se manifiestan en el discurso. Análisis interpretativo de textos y narraciones. Grupos de discusión en los que se analiza el discurso grupal
	Análisis del discurso. Semiótica	Teoría de los signos (palabras y signos no verbales). El análisis de los signos cuenta con el signo o significante, el objeto o significado que representa y el interprete o sujeto.	Conocer las relaciones de los lenguajes y discursos con el funcionamiento social	Métodos cualitativos interpretativos. Análisis semiótico de narraciones y discursos.

Posición epistemológica Autores/as referidos	Forma de obtención del conocimiento sobre el fenómeno humano	Objetivos de estudio	Métodos de investigación
Epistemología feminista. Evelyn Fox Keller, Sandra Harding, Jane Flax.	El ser humano y el sujeto de la ciencia tiene sexo lo cual interviene en la producción del conocimiento. Relación de poder. Las características culturalmente asociadas a la dicotomía masculino/femenino invisibilizan a las mujeres, tanto como sujetos u objeto del conocimiento.	Los estudios feministas y de género analizan los contenidos de esa dicotomía cultural y producen conocimiento de y sobre las mujeres.	Métodos cuantitativos descriptivos estadísticos de diferencias por sexos. Métodos cualitativos interpretativos de análisis de experiencia vivida y subjetiva de las mujeres.

Capítulo 2

Teoría y epistemología feminista

Hasta ahora, en la descripción de las teorías anteriores sobre salud, se ha mantenido en el lenguaje el masculino genérico para evidenciar la invisibilidad de la existencia de los sexos en esos marcos teóricos. El uso del patrón masculino y la invisibilidad de la existencia de las mujeres está presente en todas las argumentaciones de la ciencia anteriores al feminismo - excepto en el psicoanálisis, que precisamente inaugura el estudio de la diferencia sexual.

En los textos de origen y referencia es una constante que nunca se menciona a las mujeres. La llegada del movimiento y la teoría feminista hace visible precisamente que no es lo mismo hablar de ser humano, de mujeres o de hombres, que las mujeres permanecen invisibilizadas bajo el genérico masculino y que no es inocente o neutra esta invisibilidad, sino que es efecto de un hecho: el hombre ha sido el sujeto hegemónico de la historia.

Lo que aporta la teoría feminista es que el ser humano tiene sexo y que ambos sexos tienen valoración cultural y social diferente y jerarquizada y las relaciones entre hombres y mujeres en el sistema patriarcal están basadas en relaciones de poder y la opresión de las mujeres. Estos son los principios de la teoría feminista y las preguntas principales que todas las corrientes intentan responder: ¿A qué se debe la opresión de las mujeres? ¿Cuáles son los caminos para liberarse de esta opresión? Se han ido dado diferentes respuestas que se exponen en adelante.

Sobre el conjunto de la teoría feminista (Tabla 4), se puede generalizar que se ha ocupado de los efectos sobre la salud de las diferencias y relaciones entre sexos. Además, se han producido modelos de atención de salud críticos con el modelo hegemónico y siempre con la alternativa de la autonomía de las mujeres. Se cuestiona la determinación biológica del sexo - es decir que mujeres y hombres sean como son por su biología sexual, alineándose en el constructivismo de las teorías contextuales que explican la influencia en la salud de los factores sociales y de la subjetividad.

El principio sobre la salud es que las personas viven y enferman bajo los sign cados de su sexo - significados explicados por el género-. Se contempla la salud-enfermedad como un proceso biológico, pero también como expresión de los conflictos por la posición social debida a ser mujer u hombre, los roles de cada sexo y la identidad sexuales. Luego, en cada corriente del feminismo, se enfatizarán aspectos distintos, como veremos a continuación.

Los modelos de atención de salud que se producen en el feminismo están centrados en la salud de las mujeres como sujetos sexuados y tenderán a clarificar e interpretar las experiencias de las pacientes y los factores sociales de opresión. Serán métodos

que posibiliten romper las relaciones de subordinación y restablecer la actividad, autonomía (empoderamiento) y socialización. Son originarios los grupos de autoayuda y apoyo mutuo y el uso de estructuras médicas y colectivas no jerárquicas. Los modelos tienen en cuenta la influencia del sexo del médico o médica y de la o el paciente y la acción de estereotipos de género.

Los métodos de investigación utilizados son coherentes con la búsqueda de causas biológicas para la enfermedad, pero también con causas relacionadas con el contexto social y con la subjetividad de mujeres y hombres, por tanto, serán compatibles con métodos cuantitativos, descriptivos y estadísticos de diferencias por sexos, así como cualitativos, interpretativos de los procesos sociales y análisis de experiencia vivida y subjetiva de género.

TABLA 4.-Enfoque sobre salud del conjunto de la teoría feminista

Concepto de enfermedad	Causalidad	Modelo de atención	Relación médico-paciente	Posición epistemológica Métodos de investigación
Salud-enfermedad como proceso biológico y contextual. Expresión de los conflictos en la posición social de las mujeres, los roles y la identidad sexual. Concepto histórico y biográfico de la enfermedad.	Cuestiona el determinismo biológico del sexo. Multicausal biopsicosocial e interaccionista, incluyendo los factores de la diferencia sexual y las relaciones de género.	Centrado en la salud de las mujeres. Basado en clarificar e interpretar las experiencias vividas y los factores sociales de opresión. Modelos tendentes a liberación de relaciones de subordinación, restablecer actividad, autonomía y autoestima (empoderamiento), autoayuda y apoyo mutuo, uso de estructuras médicas y colectivas no jerárquicas.	Influencia del sexo del médico/a y el/la paciente y de estereotipos de género y relaciones de poder de género.	Positivista. Métodos cuantitativos, descriptivos y estadísticos de diferencias por sexos. Constructivistas. Métodos cualitativos, interpretativos. Psicoanalítico, análisis de la experiencia subjetiva e identidad sexual y de género.

2.1. CORRIENTES TEÓRICAS EN EL FEMINISMO

La teoría feminista se ha ido construyendo en intersección con los marcos teóricos críticos coetáneos a lo largo del siglo xx, a la par que evolucionando con los giros y tirones del propio movimiento feminista. Por ello, podemos revisar las distintas corrientes, identificando las aportaciones al tema de la salud, aclarando previamente, una vez más, que una corriente no progresa necesariamente a la superación de la anterior, sino que se interrelacionan - a menudo las mismas autoras fundamentan más de una corriente - y coexisten en la actualidad. Por ello, explicarlas por separado

supone una simplificación irreal, sólo útil para identificar conceptos, principios y avances.

Dicho esto, desagregaremos las corrientes feministas en: liberal, socialista, radical, cultural, ecofeminismo, psicoanalítico, estructuralista, postestructuralista y, finalmente, postfeminismo, teoría queer y transgénero. Además trataremos de filiar el viejo debate entre feminismo de la igualdad y de la diferencia.

Algunas autoras feministas han hecho revisión y análisis de estos desarrollos con obras de referencia obligada por ser tan exhaustivas como rigurosas. Son Juliet Mitchell, 1974; Elizabet Fee, 1983; Jane Flax, 1990; Celia Amorós, 1997 y 2005, Silvia Tubert, 1990, 2001a y 2003 y Elena Beltrán y Virginia Maquieria, 2001. En todas ellas está basada esta revisión.

En la Tabla 5, a continuación, se sintetizan los feminismos que se desarrollan a lo largo de este Capítulo 2.

2.1.1. Feminismo liberal. Segunda ola

> Una mañana de abril de 1959 oí decir a una madre de cuatro hijos, cuando estaba tomando café en compañía de otras cuatro madres, en un barrio residencial (...) en un tono de desesperación: `El problema'. Y las otras cuatro sabían que no estaban hablando de un problema relacionado con su marido, sus hijos o sus casas. Súbitamente se dieron cuenta de que todas tenían el mismo problema, el problema que no tenía nombre.
>
> BETTY FRIEDAM, 1963, págs. 33-34

En los años 60, en Estados Unidos, el feminismo liberal promueve la liberación de las mujeres de las formas de vida que las oprimen y anulan (Tabla 5).

Es el comienzo de la llamada segunda ola del feminismo, que avanza después del sufragismo (llamada primera ola) y aboga por la incorporación a la vida pública, igualdad legal y formal. El principio en que se basa es que la desigualdad de las mujeres con los hombres es producto de una injusta adjudicación de derechos y oportunidades. La igualdad de oportunidades es su máxima distintiva. En el feminismo liberal se cree que los males de las mujeres proceden de la desigualdad de oportunidades en el acceso a la educación, al trabajo y los bienes sociales y que esta desigualdad procede de un fundamentalismo irracional e injusto, pero no se plantean la relación con la estructura social.

TABLA 5.—*Corrientes feministas y sus aportaciones en salud*

Feminismos (Autoras principales)	Principios: ¿A qué se debe la opresión de las mujeres? ¿Qué se propone para liberarlas?	Aportaciones en salud
Liberal (Reformista, feminismo 'blanco') La liberación de las mujeres. Igualdad de oportunidades. Betty Friedam, 1963	La situación de las mujeres es producto de una injusta adjudicación de derechos y oportunidades. Aboga por igualdad de oportunidades, incorporación a la vida pública, e igualdad legal y formal. Promueve liberación y cambio personal. Limitaciones: Homogeneidad de las mujeres (mujer blanca, de clase media, heterosexual). Cambios en lo personal, sin cuestionamiento de la estructura social.	Proponen: - Liberación de feminidad tradicional mediante cambios personales. - Acceso a oportunidades. - Más mujeres en profesiones médicas. - Atención a las necesidades propias de la mujer: atención a sexualidad, reproducción y maternidad.
Socialista La opresión social por la división sexual del trabajo es la causa de los males de las mujeres. Flora Tristán, 1843 Alejandra Kollontai, 1921 Rosa Luxemburgo, 1919	La dominación de las mujeres procede de la propiedad privada y la familia en el sistema capitalista. La familia patriarcal es un efecto del sistema capitalista. La opresión es por las mujeres del trabajo productivo, con la división sexual del trabajo: productivo y reproductivo. Estrategia: alcanzar una sociedad socialista. El acceso de las mujeres al trabajo productivo resolverá sus problemas. Limitaciones: aún en sociedades socialistas o dentro de los partidos, la dominación de las mujeres continúa.	Centrado en las mujeres como sujetos sociales. Atención a factores laborales y de clase social Promueve igualdad y equidad en el reparto y acceso a los recursos de salud, especialmente los específicos de las mujeres: reproductivos y materno-infantiles por su interés en visibilizar el trabajo reproductivo, junto al productivo. Más influencia sobre acciones a nivel poblacional. Factores de riesgo de salud: efectos de la división sexual del trabajo. Condiciones de trabajo, la participación y posición social y política.
Radical (Buscar la raíz de la dominación) El patriarcado determina la dominación masculina. Lo personal es político. Revolución sexual. Kate Millet, 1969 Carol Hanisch, 1969 Sulamith Firestone, 1971 Heidi Hartmann, 1981	El sistema patriarcal establece una política sexual de poder de los hombres y subordinación de las mujeres. El capitalismo es a las clases, lo que el patriarcado a los sexos: doble sistema: capitalismo y patriarcado. Lo personal es político. Estrategia: cambiar la estructura social patriarcal; combatir la opresión en la familia patriarcal y sus formas de continuidad: contra el abuso y violencia sexual, prostitución, pornografía, liberación de las ataduras de la reproducción y la maternidad y libertad sexual.	Promueve la oposición al poder médico, la liberación de las funciones reproductoras y liberación sexual. No sirve sólo cambio personal porque lo personal es político. Grupos de apoyo mutuo, autoayuda y autoconocimiento entre mujeres, exploración de la experiencia vivida y autoconciencia. Desafío al poder médico con apropiación de saber sobre la salud autogestionario y encaminado a la liberación de las ataduras externas e internas del modelo patriarcal y no a la medicina adaptativa. Anticonceptivos, aborto, control de la maternidad, libertad sexual, contra abusos y violencia sexual. «Nuestros cuerpos, nuestras vidas» (Colectivo de Boston, 1970 y 2000). Saber es poder.

Feminismos (Autoras principales)	Principios: ¿A qué se debe la opresión de las mujeres? ¿Qué se propone para liberarlas?	Aportaciones en salud
Cultural Iguala la liberación con el desarrollo y la preservación de una contracultura femenina Adrienne Rich, 1977 Alice Echol, 1983	La causa de la opresión es la naturaleza dominadora masculina. La heterosexualidad y no el patriarcado es el sistema de opresión. Las mujeres son un colectivo con una identidad específica, la femenina. Buscan la especificidad de la feminidad, originaria, anterior al lenguaje y lo simbólico. Desarrollo de la ética del cuidado y la maternidad. Segregación de las mujeres. Crear un espacio-entre-mujeres. (Montrelay e Irigaray, 1974).	Crean una psicología femenina con recuperación del protagonismo en las funciones maternales y autonomía y construcción del propio cuidado entre mujeres. Promueven espacios de desarrollo personal entre mujeres. Contra la violencia masculina y contra la pornografía.
Ecofeminismos *E. clásico o radical:* Segregación de las mujeres y vuelta a su naturaleza. Mary Daly, 1978 *E. espiritualista:* (Feminismo del Sur) Busca mantener en manos de las mujeres el control de los alimentos y del medio ambiente. Vandana Shiva, 2000 *Feminismo ecologista:* Constructivista. Clase, casta y raza Bina Agarwal, 2000	Ecofeminismo clásico (radical): el patriarcado ha explotado la relación de las mujeres con la Naturaleza. Opone la ética femenina del cuidado a la agresividad masculina. Recuperación de los valores matriarcales y cercanía con la naturaleza. Propone la segregación de los hombres. Ecofeminismo espiritualista: la estructura patriarcal es el mecanismo de la explotación. El mal desarrollo, fuente de violencia contra la mujer y la naturaleza en todo el mundo (...) tiene sus raíces en los postulados patriarcales de homogeneidad y dominación. Feminismo ecologista: ecofeminismo constructivista, que critica el esencialismo y universalización de las mujeres del espiritualista. La destrucción ambiental sobre-afecta a las mujeres, pero no a todas igual. Reconoce las diferencias de clase, casta, razas. Más cercano a socialismo, identificando la responsabilidad en el sistema capitalista de los grupos dominantes que monopolizan el poder y el control de los recursos. Proponen reformas medioambientales en base a un desarrollo ecológicamente sostenible.	En occidente el radical produjo una ginecología autogestionaria entre mujeres con métodos alternativos. Posteriormente las aportaciones se relacionan con la maternidad consciente y como experiencia iniciática. Tendencia a idealiza la maternidad. Tienden a propuestas de dedicación de las mujeres más a las funciones de mantenimiento de la vida, viviéndolas de forma más instintiva y naturalizada. Se materializa en las corrientes de naturalización del parto y de la lactancia prolongada, de 'madres canguro', doulas acompañantes en el parto… En el Tercer Mundo promueven empoderamiento para cuidados entre mujeres para la maternidad y cuidado de hijos/as y para la apropiación de los medios de producción de alimentos y empoderamiento personal y comunitario

Feminismos (Autoras principales)	Principios: ¿A qué se debe la opresión de las mujeres? ¿Qué se propone para liberarlas?	Aportaciones en salud
Psicoanalítico Aporta una teoría de la subjetividad. Construcción de identidad femenina y masculina en el sujeto del inconsciente. Precursor del concepto de género Juliet Mitchell, 1974 Luce Irigaray, 1974 Silvia Tubert, 1988 Jane Flax, 1990 Luisa Muraro, 1991	Los mandatos patriarcales y mecanismos de opresión se interiorizan durante la construcción de la subjetividad. Comprender la subordinación de las mujeres a través de la experiencia vivida. El inconsciente es el espacio en el que la sociedad patriarcal reprime a la feminidad (...) Los mecanismos de opresión y subordinación pueden ser internalizados y reproducidos subjetivamente por las mujeres (Juliet Mitchell, 1974). La diferencia sexual se construye inconscientemente, donde lo femenino es desvalorizado y repeimido *Corriente esencialista:* hay una feminidad esencial muy tempranamente desarrollada, en la relación con la madre, apoyada en el cuerpo (biología). Revaloriza lo maternal y la feminidad esencial. *Corriente constructivista:* critica el esencialismo. La feminidad también es una construcción cultural. Desarrolla los términos de la construcción de la identidad masculina y femenina. Los estudios sobre la construcción de la identidad sexual por psicoanalistas son el precursor del concepto de género.	Incorpora la atención a la subjetividad en salud y el análisis de las identidades femenina y masculina. La enfermedad es expresión del sufrimiento subjetivo. Producto de los conflictos con el exterior (lo social) o el interior (lo psíquico). Conflictos con los roles y la identidad femenina y masculina. Significado simbólico de los síntomas. Modelos de atención centrados en la escucha de la subjetividad de la paciente y los significados simbólicos. Da nombre 'al problema que no tiene nombre': el malestar de las mujeres. Posibilita la llegada del concepto de género en salud por el estudio de la construcción de la identidad sexual (Robert Stoller, 1968).
Estructuralista (nacimiento del concepto de género) El sistema sexo/género, homólogo a los sistemas de parentesco, explica la posición de las mujeres Gayle Rubin, 1975	Establece el sistema sexo/género explicativo de la opresión, en lugar del sistema patriarcal, que sería uno de los sistemas sexo/género posibles. Analiza la estructura de las relaciones de género como construcción sociocultural. La sexualidad también es una construcción cultural: El sexo, tal como lo conocemos- identidad de género, deseos y fantasías sexuales conceptos de infancia- es un producto social (Gayle Rubin, 1975). El género es e mecanismo que articula las relaciones entre los sexos. El género es a las relaciones entre sexos en el patriarcado, lo que la economía es al sistema social en el capitalismo. Se nutre de la teoría de construcción de la subjetividad e identidad del psicoanálisis.	Estudio de los conflictos de identidad bajo la óptica de la construcción social del género. Precede al análisis del género como determinante psicosocial de salud. Analiza la estructura de los factores psicosociales de relaciones de género como construcción sociocultural (roles, relaciones de poder /subordinación, deprivación y violencia) y políticas (discriminación, relación con el poder). Escucha del análisis de género del discurso. Introduce el análisis de las relaciones de poder médico en sinergia con las relaciones de poder de género. Promueve el empoderamiento de las mujeres.

Feminismos (Autoras principales)	Principios: ¿A qué se debe la opresión de las mujeres? ¿Qué se propone para liberarlas?	Aportaciones en salud
Posestructuralista Diversidad de identidades. Cuestiona el dimorfismo sexual heterocentrado Libertad de identidad y no violencia contra diferentes y marginales Judith Butler, 2000-2007	Ruptura con la idea de identidades fijas y estables. No hay identidades universales. No acepta la definición de "mujer" como sujeto único y universal. Deconstrucción de todas las generalizaciones y búsqueda de la singularidad y diversidad. Privilegia la búsqueda de los mecanismos psíquicos del poder y de la violencia. Cuestionan la categoría de género como categoría universal. Pensar en etnia, edad, clase, país, ideología, orientación sexual… Crítica al euro-etnocentrismo y heterosexismo del feminismo hasta el momento. Se nutre del psicoanálisis postestructuralista.	Introduce la visión de los determinantes de salud de las singularidades subjetivas. Evitar estereotipos reduccionistas y pensar en múltiples variables: etnia, edad, clase, país, ideología, orientación sexual…a la hora de programar en salud. Promueve diversidad de modelos de atención.
Posfeminismo, teoría queer y transfeminismo Diversidad, subversión y destrucción de los roles sexuales. Aspiraciones y derechos igualitarios Judith Butler, 2000-2007 Judith Halberstam, 1998	Dilema principal en la subjetividad e identidades. Pese la libertad de lección de identidad y contra la violencia sobre las personas *queer* y trans. Conflictos con el feminismo por el heterosexismo y universalismo. Estallan las identidades. Masculinidad sin hombres. Masculinidad femenina. Lesbianas femeninas. Personas intersexo y transexuales. Identidades sexuales diversas.	Tener presentes factores para la salud procedentes de las identidades sexuales no heterocentradas y de su vulnerabilidad por estigmatización, discriminación y exclusión y violencia contra las personas, trans e intersexo. 'Melancolía de género', duelo por la identidad de género como factor predisponente a depresión y suicidio.
De la igualdad Búsqueda de la igualdad entre los sexos. Diferencia o igualdad Celia Amorós	Hombres y mujeres son iguales, todas sus diferencias son construidas socio-culturalmente, incluso la identidad masculina y femenina. Identificar y analizar desigualdades productoras de injusticia. Igualdad legal, social, en el trabajo y de oportunidades…y contra las relaciones de poder. Incorpora el concepto de género.	Políticas de igualdad y equidad en los recursos de salud. Detectar y evitar los sesgos de género en la atención sanitaria. Detectar las desigualdades por sexos y de género en las formas de enfermar. Detectar y evitar los factores de riesgo fuentes de desigualdad en las formas de enfermar.
De la diferencia Búsqueda de la identidad de las mujeres Diferencia o identidad Luisa Muraro	Las mujeres son diferentes a los hombres. La mujer puede ser definida en sí misma. Definir y comprender lo femenino y un lugar para las mujeres en el orden simbólico. La identidad femenina es diferente y construida primariamente en la relación con el otro materno. Pensamiento de lo maternal y ética del cuidado. Estudio de la subjetividad e identidad nutriéndose del psicoanálisis esencialista y no congenia con el concepto de género.	Análisis de la diferencia en la identidad femenina. Métodos de atención diferencial a las funciones femeninas como maternidad, parto, puerperio y lactancia. Espacios grupales de cuidado de salud entre mujeres para salud mental, climaterio, malos tratos, cáncer de mama y ginecológicos.

Promueve que las mujeres realicen su propio cambio personal en sus formas de vida. Betty Friedam es la figura que encabeza esta corriente. Con su libro La mística de la feminidad (1963) dio los elementos para la crítica a la forma de vida de las mujeres amas de casa de clase media que, encerradas en su `confortable campo de concentración', el hogar, padecían una vida vacía, sin proyecto propio, sin futuro, dependiente de su marido y dedicada al cuidado del hogar y de los hijos, lo cual era la definición misma de feminidad.

Recogió ya los efectos sobre la salud procedentes de esta forma de vida, justificada por la sujeción personal a la `mística de la feminidad' enfermante, padeciendo `el

problema que no tiene nombre' - la forma de vida de la que no se puede hablar, que causa el malestar indefinible y que continuará siendo determinante de salud hasta el momento actual. Decía Friedam:

> La mística femenina no es más que una forma de la sociedad de embaucar a las mujeres, vendiéndoles una serie de bienes que las dejan vacías, padeciendo `el problema que no tiene nombre' y buscando una solución en los tranquilizantes y el psicoanálisis. (...) La mística les planteaba claramente un dilema; amor, hogar, hijos, o bien cualquier otro objetivo o actividad (Betty Friedam, 1963, págs. 78 y 208).

Se rebelan contra las formas de asistencia médica directiva en las que se manifiesta el poder médico. Interpretan que se mantiene ese poder debido a que es ejercido por hombres. Sienten que sus vidas son controladas por la obligación de la maternidad y la adaptación a las exigencias sexuales de los hombres, control que se refuerza en las consultas de ginecología, y a través de la psiquiatría, donde se ejerce un control adaptativo e infantilizante de sus vidas familiares pasivas y dependientes. Betty Friedam ya llamó la atención sobre lo inmovilizador del uso de los tranquilizantes entre las mujeres.

Se identifican los problemas de salud específicos como mujeres, que son los relacionados con la sexualidad y la maternidad. Promueven que aumente el número de mujeres en las carreras médicas, pensando que las mujeres médicas no darían a otras mujeres el trato vejatorio e infantilizante que daban los hombres médicos. Promueven servicios de ginecología y psiquiatría con mujeres, intentando proporcionarse una atención más respetuosa con sus objetivos en las dos áreas de la medicina que más les estaba afectando, pero que de todos modos sólo alcanzaría a las mujeres de clases acomodadas (Elizabeth Fee, 1983). Veremos más adelante que en esta corriente está el origen de una línea de salud de las mujeres que se centra en los problemas propios de su sexo.

Las limitaciones de esta corriente, llamado feminismo `blanco' preponderante en sus inicios en los años 60 en Estados Unidos, son que se centra en las mujeres blancas, amas de casa, de clase media, heterosexual..., y toma a las mujeres como grupo homogéneo, sin diferencias de clase, etnia, condición social. No contempla análisis estructurales de las causas de la opresión de las mujeres y será contestada por otras corrientes con mayor potencia ideológica, como la corriente radical.

2.1.2. Feminismo socialista

> El capitalismo ha cargado sobre los hombros de la mujer trabajadora un peso que la aplasta; la ha convertido en obrera, sin aliviarla de sus cuidados de ama de casa y madre. Por tanto, nos encontramos con que la mujer se agota como consecuencia de esta triple e insoportable carga, que con frecuencia expresa con gritos de dolor y hace asomar lágrimas a sus ojos.

El socialismo utópico, aún en el siglo xix, ya se interrogaba sobre la situación de las mujeres. Flora Tristán dirá que «todas las desgracias del mundo provienen del olvido y el desprecio que hasta hoy se ha hecho de los derechos naturales e imprescriptibles del ser mujer» (Flora Tristán, 1843, pág. 125) y empieza a analizar la institución familiar como fuente de la situación de opresión.

El marxismo buscó la explicación de la opresión en la estructura capitalista y la propiedad privada que estructuran la familia con la división sexual del trabajo y la exclusión de las mujeres de la producción social. Dice Engels:

> La monogamia (...) entra en escena bajo la forma del esclavizamiento de un sexo por el otro, como la proclamación de un conflicto entre los sexos, desconocido hasta entonces en la prehistoria. En un viejo manuscrito inédito, redactado en 1846 por Marx y por mí, encuentro esta frase: «La primera división del trabajo es la que se hizo entre el hombre y la mujer para la procreación de hijos». Y hoy puedo añadir: el primer antagonismo de clases que apareció en la historia coincide con el desarrollo del antagonismo entre el hombre y la mujer en la monogamia; y la primera opresión de clases, con la del sexo femenino por el masculino (Friedrich Engels, 1884, pág. 63).

Alejandra Kollontai, ministra tras la revolución rusa y feminista socialista, sin apartarse de esta explicación marxista de la opresión, discrepó del feminismo burgués, entonces el sufragismo, que después sería feminismo liberal, manteniendo presente la brecha de clase social que separaba los objetivos de unas mujeres de los de otras.

> Los caminos seguidos por las mujeres trabajadoras y las sufragistas burguesas se han separado hace tiempo. Hay una gran diferencia entre sus objetivos. Hay también una gran contradicción entre los intereses de una mujer obrera y las damas propietarias, entre la sirvienta y su señora... Para las mujeres obreras, los derechos políticos son un paso en el camino empedrado y dificil que lleva al deseado reino del trabajo (Alejandra Kollontai, 1913).

Para el feminismo socialista, el problema de las mujeres es un derivado de la lucha de clases y las feministas de esta corriente mantienen su militancia unida a la de su partido ya que no creen necesaria una causa feminista separada. Mantiene su estrategia de emancipación de las mujeres mediante su retorno a la producción y a la independencia económica, que en una sociedad socialista habría solucionado todo el problema y que de lograrse, eliminaría por si sola también la posición esclavizada de la mujer dentro de la familia.

Esta posición socialista, vinculada al pensamiento marxista del materialismo dialéctico, explica todos los fenómenos humanos por la historia, la economía y la distribución de la producción, en la dialéctica de causa-efecto y viceversa, en que la

economía determina el funcionamiento de las personas y cuando las personas cambian, están retro-actuando cambiando la historia.

La orientación en salud de esta corriente socialista, vigente y con términos actuales sería centrarse en las desigualdades en salud relacionadas con la división sexual del trabajo productivo y reproductivo, prestando atención a la segregación laboral y la discriminación de las mujeres en el mundo del trabajo. Se ocupan de los efectos sobre la salud debido a riesgos del entorno laboral. Enfoca las cargas del cuidado y la maternidad como sobrecargas laborales, triple carga como ya decía Kollontai, no valoradas ni retribuidas y todo ello sistemáticamente asociado a la intersección con la clase social. En su aplicación potente en salud pública, en términos de desigualdades de género, se centrarán los objetivos en términos poblacionales de reducción de desigualdades y alcance de la equidad en el acceso a los recursos de salud.

2.1.3. Feminismo radical

> El carácter patriarcal de nuestra sociedad (...) es una relación de dominio y subordinación. (...) Se ha alcanzado una ingeniosísima forma de «colonización interior», más resistente que cualquier tipo de segregación y más uniforme, rigurosa y tenaz que la estratificación de las clases. Aun cuando hoy día resulte casi imperceptible, el dominio sexual es tal vez la ideología más profundamente arraigada en nuestra cultura.
>
> KATE MILLET, 1969, pág. 70

El feminismo radical, sigue buscando la explicación de la opresión de las mujeres en línea con el pensamiento marxista, pero avanza un poco más sobre el feminismo socialista. La respuesta no está en la lucha de clases del sistema capitalista, no sólo la división sexual del trabajo y la familia, sino en la relación de dominación en el sistema patriarcal. Así, el patriarcado aparece en el centro del análisis y la acción como un sistema contra el que establecer una lucha específica porque, aun cuando la lucha de clases alcanzara relaciones sociales igualitarias, esto no cambiaría la opresión de las mujeres sino que, además, habría que subvertir este patriarcado que puede pervivir incluso en una sociedad socialista. Por ello, las feministas radicales no militan su feminismo dentro de sus partidos, sino que se organizan fuera de ellos, a veces en doble militancia, a veces desplazándose del todo a la militancia feminista, debate encendido que marcará los años 70.

La crítica feminista es aquí radical, tanto porque busca la raíz de la dominación, como porque propone una revolución sexual, acusando de reformismo al feminismo liberal `blanco', que creía que la liberación de las mujeres podía hacerse mediante sus propios cambios personales y el acceso a oportunidades iguales a las de los hombres, respondiendo a las necesidades de las mujeres de clase media acomodada, que son diferentes de las de mujeres de clase sociales oprimidas.

El desarrollo teórico se centra en la revolución sexual que implica el cambio de la estructura patriarcal. De la dialéctica de clases a la dialéctica del sexo con un sistema dual capitalismo/patriarcado (Sulamith Firestone, 1976). El capitalismo es a la clase social lo que el patriarcado al sexo. Este sistema dual causaba problemas a las feministas. Heidi Hartmann (1981) decía que `el matrimonio desgraciado entre marxismo y feminismo', era una pareja inseparable, porque `las feministas socialistas no pueden prescindir del marxismo, que sin embargo es ciego al sexo (...) y se empeña en reducir y subsumir al feminismo' (Heidi Hartmann, 1981, citada por Cristina Molina, 2005) 1. La obra central del feminismo radical es Política Sexual del Kate Millet (1969). Analiza el patriarcado desde sus fundamentos biológicos, sociales, psicológicos, desvelando la `colonización interior' que garantiza la pervivencia del sistema. Se propone esta revolución sexual, con un lema: lo personal es político (Carol Hanisch, 1969), que resume la nueva óptica: lo que ocurre en los hogares y en la vida privada de las mujeres en su relación con los hombres y en su papel en la familia y en la sociedad, no es algo de puertas a dentro y que concierna sólo a cada una, sino que ocurre porque hay políticas que ordenan estos modos de vida. Son políticas sexuales que, claro está, ordenan las relaciones de poder de los hombres y subordinación de las mujeres en el sistema sociopolítico patriarcal, que se instrumenta a través de la familia.

La familia patriarcal no es un `refugio del mundo', sino un lugar de trabajo y opresión para las mujeres. Se pasará de la liberación de las mujeres, propuesta por el feminismo liberal, a la emancipación, que connota que no es un liberarse de cargas, sino salir de la posición subordinada en la relación de poder del hombre. Las estrategias son combatir la opresión dentro del matrimonio y la familia tradicional, tratando de romper las ataduras de la reproducción y la institución maternal, con la lucha por la liberalización del aborto y la libertad para la elección de la maternidad. Así como la lucha contra los abusos y explotación sexual en la prostitución, la pornografía y violencia sexual (Helen Marieskind y Barbara Ehrenreich, 1975).

En el campo de la salud, el feminismo radical ve reproducirse en el sistema de salud las relaciones patriarcales de poder.

> El médico-padre dirige una familia compuesta por la enfermera (esposa y madre) y el o la paciente (niño o niña). El médico posee las habilidades científicas y técnicas y la enfermera cumple con los deberes de atención y consuelo. (...) La visita al médico es en realidad una experiencia que infantiliza (Elizabeth Fee, 1983, pág. 31).

El paternalismo y el autoritarismo de la medicina proceden de la reproducción de la estructura patriarcal. Además, el sistema médico se ocupa de dar continuidad a las formas de mantenimiento de la familia patriarcal colaborando a darle perpetuidad, adaptando a las mujeres para que permanezcan en sus funciones domésticas de maternidad y cuidado, impidiendo la elección de la maternidad o de opciones sexuales abiertas que pueden subvertir el orden familiar; o tranquilizando químicamente las inquietudes y lo deseos de autonomía y proyectos propios.

Además se realiza la crítica al sistema sanitario en el que se oprime a las mujeres, no sólo como pacientes, sino también por la distribución sexista de las profesiones sanitarias. En el sistema, los puestos subordinados son ocupados por mujeres y los de poder y control por los hombres, lo cual favorece el uso de la medicina como instrumento de continuidad de la subordinación.

A partir del feminismo radical - que se declina del marxismo-, se produjo una fuerte corriente de devolución de autonomía a las mujeres, autoconciencia y conocimiento sobre su salud. Buscaron sus propios recursos coherentes, no con la adaptación ejercida por el sistema médico, sino con opciones emancipadoras, oponiéndose así al poder médico. Se produjo un Movimiento de Salud de las Mujeres, en los años 70, al mismo tiempo y asociado al Movimiento de Salud Comunitaria promovido por las clase sociales y etnias oprimidas en Estados Unidos, que reivindicaban acceso libre a los cuidados de salud y participación comunitaria y de los consumidores en la gestión de los servicios de salud (Helen Marieskind y Barbara Ehrenreich, 1975). En este Movimiento comunitario, también pensaban que la salud no podía alcanzarse sólo con cambios personales en los hábitos y estilos de vida, sino que había que cambiar la estructura social y política.

Pero el Movimiento de Mujeres añadirá un cambio cualitativo intentando la apropiación del saber sobre la salud y la creación de servicios propios para las necesidades de las mujeres, que serán atendidas con métodos que se encaminan siempre a la autonomía y liberación de la subordinación patriarcal y que buscan soluciones colectivas, políticas, para los problemas que parecen personales y no lo son.

Lo relata Carol Hanisch en su artículo Lo personal es político2 (1969) que era la memoria de grupos de mujeres realizados por el Movimiento Radical en Estados Unidos:

> La primera cosa que descubrimos en estos grupos es que los problemas personales son problemas políticos. No hay soluciones personales en este tiempo. Sólo hay acciones colectivas para soluciones colectivas (Carol Hanisch, 1969).

Se adscribe a la corriente de psicología marxista que debatía entre `terapia' como intervención personal que supone la existencia de una persona enferma y 'terapia y política' donde no se trata de personas enfermas sino de problemas colectivos (Carol Hanisch, 1969). Así, los grupos de mujeres, poco a poco dejaron de llamarse terapéuticos, porque lo que hacían no era tratar de resolver los problemas personales, sino analizar las condiciones de vida y cómo las experimentaban las mujeres y promover acciones colectivas para cambiar aquellos modos de vida.

Se desarrollaron los grupos de autoayuda y apoyo mutuo, autogestionarios y encaminados a tener el control de su salud y su vida, autoexplorando la experiencia vivida como fuente de saber e, incluso, centros de salud de mujeres, en los que recibir

la atención a las necesidades de control ginecológico respetuoso y autónomo, anticoncepción y aborto sin trabas ni juicios morales patriarcales - trabajando por la liberación de las funciones reproductoras - y apoyo al descubrimiento de una sexualidad femenina no plegada y oculta bajo las exigencias masculinas, enmarcado en la liberación sexual-. Todo ello fue un desafío al mantenimiento del saber bajo el poder médico.

En esta línea, el Colectivo de Mujeres de Boston, publicó en 1971 Nuestros cuerpos, nuestras vidas, que bajo la máxima Saber es Poder, extendió por todo el mundo un instrumento para poner al alcance de las mujeres el saber sobre el cuidado de su propia saluda.

Este Movimiento de Salud de las Mujeres, con el distintivo de los grupos de mujeres, grupos de autoayuda para la autoconciencia y autocuidado se extendieron también por toda Europa y veremos más adelante su permanencia en las corrientes actuales del enfoque de género.

2.1.4. Feminismo cultural

> Debemos considerar nuestro físico un recurso, en lugar de un destino. (...) Debemos captar la unidad y resonancia de nuestro cuerpo, nuestro vínculo con el orden natural, el fundamento físico de nuestra inteligencia.
>
> ADRIENNE RICH, 1977

> El feminismo cultural iguala la liberación con el desarrollo y la preservación de una contracultura femenina.
>
> ALICE ECHOL, 1983, pág. 441

Adrienne Rich definirá una `conciencia femenina' que estará relacionada con la recuperación del cuerpo femenino por las mujeres. Es el camino de cierto esencialismo sobre la feminidad, germen de la corriente del feminismo de la diferencia. Ex plica la opresión por la condición masculina misma: «La antigua y constante envidia, temor y hasta terror del hombre por la capacidad que tiene la mujer de crear vida, ha tomado repetidamente forma de odio hacia cualquiera de los otros aspectos creativos de la mujer» (Adrienne Rich, 1977). Rich propone la recuperación del cuerpo de las mujeres y revivir su sexualidad y la maternidad fuera de la apropiación masculina.

Alice Echol (1983), estadounidense, es quien nomina el feminismo cultural, situándolo en un margen opuesto a los feminismos liberal y radical, porque se apoya en la existencia de una cultura femenina, con cualidades esencialmente femeninas y explica la opresión de las mujeres, no por el sistema patriarcal, sino por la propia naturaleza violenta masculina. Lo describe así Raquel Osborne, estudiosa de esta

corriente:

> La opresión de las mujeres ya no radica en las estructuras de dominación patriarcales, creadas y encarnadas por los hombres, y que conducen a unas relaciones desiguales de poder, sino que la supremacía masculina se haya incardinada en una naturaleza masculina ahistórica y atemporalmente entendida y, por tanto, aparentemente inmodificable. (...) Los hombres personifican así todo lo negativo, y en las mujeres reposa, paradigmáticamente, todo lo positivo. (...) se optará por una salida separatista, de segregación lo más absoluta posible de las esferas de ambos sexos, con el fin de que las mujeres, previamente definidas como radicalmente diferentes, no resulten contaminadas por el contacto con cualquier vestigio de masculinidad (Raquel Osborne, 1989, pág. 24).

La heterosexualidad, y no el patriarcado, es el sistema por el que se ejercita la opresión, apartándose de las referencias marxistas del feminismo radical. Y, lógicamente, con este planteamiento se promoverá, en extremo, un separatismo de las mujeres y el lesbianismo como mejor opción (Raquel Osborne, 1989). En este punto, este movimiento es también el germen del feminismo lésbico, que criticará la perspectiva de heterosexualidad obligatoria y heterosexismo de otros feminismos.

El movimiento actuará, sobre todo, en la lucha ante la violencia masculina contra las mujeres y contra la pornografía en la que ven «la principal fuente de aprendizaje de la ideología masculina» (Osborne, 1989).

Para el enfoque de salud se pone el germen de uno de los principios del enfoque de género, una psicología femenina diferente a la de los hombres y la vigilancia de la violencia masculina que centrará la atención en el presente en la violencia de género (véase Tabla 5).

2.1.5. Ecofeminismo

> Cada vez más, las fuerzas patriarcales consideran este hermoso planeta como si fuera su casa, en la que les gustaría disponer de todo el poder, capacidad, creatividad y productividad al margen de las mujeres. Pero las mujeres están decididas a no consentirlo.
>
> VANDANA SHIVA, 2002

Seguimos en los años 70, en que simultáneamente se fraguaron varias de las corrientes feministas que se prolongan hasta la actualidad con plena vigencia.

Ecofeminismo clcísico4. En esa década, feministas con conciencia ecológica retoman la identificación que el patriarcado hizo de las Mujeres con la Naturaleza. Aceptarán esa cercanía a la Naturaleza como un poder que el patriarcado hubiera explotado y desvalorizado. En línea con las ideas de un esencialismo femenino de la

corriente culturalista que acabamos de describir, las mujeres tendrían cualidades maternales para la conservación de la vida y de la naturaleza misma, que habría que fomentar para la recuperación ecológica. Así lo describe Alicia Puleo, que se ha ocupado de los desarrollos del ecofeminismo:

> Afirman estas (eco)feministas radicales (clásicas) que la Cultura masculina, obsesionada por el poder, nos ha conducido a guerras suicidas y al envenenamiento de la tierra, el agua y el aire. La Mujer, más próxima a la Naturaleza, es la esperanza de conservación de la Vida. La ética del cuidado femenina (de la protección de los seres vivos) se opone, así, a la esencia agresiva de la masculinidad (Alicia Puleo, 2002, pág. 37).

Mary Daly, que publica Gyn/Ecology en 1978, es la portadora de este ecofeminismo clásico, furiosamente esencialista. Dirá que el estado de infertilidad de todos los varones les hace depender de las mujeres y de su energía generadora y garante de la vida. La energía de las mujeres necesita desembarazarse de sus parásitos masculinos y recargarse a través de vínculos con otras mujeres. Cómo explica Puleo, este feminismo esencialista, apoyado en la diferencia biológica para perpetuarla, demoniza a los varones y promueve la segregación de las mujeres.

Ecofeminismo espiritualista. `El feminismo que viene del Sur' (Alicia Puleo, 2008) en el momento presente, es ecofeminismo por la fuerza de la pobreza, la explotación de las mujeres, su supervivencia centrada en el mantenimiento y gestión del ciclo alimentario, del agua, de la tierra misma, y el expolio de medio ambiente que afecta sobre todo a las mujeres en el Tercer Mundo. Retomando la línea mística clásica, pero sin demonizar lo masculino y considerando la estructura patriarcal como mecanismo de la explotación, Vandana Shiva, de India, física nuclear y filósofa, Premio Nobel Alternativo en 1993, seguidora de Gandhi, lidera el ecofeminismo que busca mantener en manos de las mujeres el control de los alimentos y del medio ambiente, es decir, acceso de las oprimidas - las mujeres - a la producción y el control de los bienes, del mismo modo que en corrientes marxistas se busca el acceso a la producción y control de los bienes por las clases sociales oprimidas. Vandana Shiva promovió, por ejemplo, la resistencia pasiva de mujeres que se abrazaban a los arboles para evitar que los talara una empresa multinacional, mientas los hombres de su comunidad no veían con malos ojos vender la riqueza de la naturaleza a tal monopolio. Dice Vandana Shiva:

> Lo que recibe el nombre de desarrollo es un proceso de mal desarrollo, fuente de violencia contra la mujer y la naturaleza en todo el mundo (...) (el mal desarrollo) tiene sus raíces en los postulados patriarcales de homogeneidad, dominación y centralización que constituyen el fundamento de los modelos de pensamiento y estrategias de desarrollo dominantes. (Vandana Shiva, citada por Alicia Puleo 2002, pág. 38).

Este ecofeminismo en el presente, es probablemente el feminismo de mayor potencia en el Tercer Mundo.

Feminismo ecologista. Se trata de un ecofeminsimo constructivista, que critica al espiritualista. Está encabezado por otra mujer de India, Bina Agarwal, economista y que critica los ecofeminismos anteriores, como explica Inma Llort, porque hacen extensiva la interpretación de la explotación patriarcal y la relación de las mujeres con la naturaleza a todas las mujeres del Tercer Mundo, sin distinguir entre mujeres de distintas clases sociales, castas, razas. Además acusan de esencialista la supuesta relación con la naturaleza, igual para todas. Esta autora, sí reconoce que «la destrucción ambiental afecta en especial a las mujeres y al conjunto de las poblaciones pobres de los países del Tercer Mundo, pero analiza sus mecanismos y atribuye una parte de la responsabilidad a los grupos dominantes que monopolizan el poder, la propiedad y el privilegio y control de los recursos» (Inma Llort) y no sólo al sistema patriarcal supuestamente homogéneo para todas las mujeres.

Las aportaciones a 'los conceptos de salud son, por una parte, las del ecofeminismo clásico, al entender que las mujeres tienen una comprensión distinta y una mayor proximidad a la naturaleza, tiende a la idealización de la maternidad y a proponer que las mujeres se dediquen mcís a las funciones de mantenimiento de la vida, viviéndolas de forma más instintiva y naturalizada. Derivan las corrientes de naturalización del parto y de la lactancia que se acoplarán con estas posiciones.

Y las corrientes espiritualista y ecologista, aportan al ámbito de la salud, la propuesta de acciones comunitarias y colectivas de empoderamiento de las mujeres, sobre todo en países del Tercer Mundo.

2.1.6. Feminismo ypsicoandlisis

> El inconsciente es el espacio en el que la sociedad patriarcal reprime a la feminidad (...) Los mecanismos de opresión y subordinación pueden ser internalizados y reproducidos subjetivamente por las mujeres.
>
> JULIET MITCHELL, 1974

> El interés del feminismo por el psicoanálisis surge en parte (...) de lo difícil que resulta la consecución de una feminidad psíquica.
>
> JULIET MITCHELL, 1989, pág. 65

Se hace necesario reiterar aquí que la presente descripción de los feminismos, difícilmente puede seguir una línea temporal. Como ocurre con las teorías de la salud, los giros teóricos se producen en el flujo de las corrientes de pensamiento crítico del siglo xx (marxismo, psicoanálisis, estructuralismo y postestructuralismo) y se influencian mutuamentes. A menudo, las mismas ideólogas y autoras son marxistas y, en una pirueta bastante complicada, también son psicoanalistas y posteriormente estructuralistas y post. Por esto, hablar del feminismo psicoanalítico, se plantea para tratar de aislar aquello del psicoanálisis que ha ido nutriendo al feminismo y dando

fundamento teórico para diversas corrientes. Además, también se puede hablar de feminismos psicoanalíticos.

En el Esquema 1, se han representado las corrientes feministas, los desarrollos del psicoanálisis y los rechazos y convergencias entre ambas áreas de pensamiento. Se introduce el tercero en intersección en el esquema, que es el pensamiento estructuralista, porque deja marca en los feminismos y en el psicoanálisis. Todo esquema simplifica y elimina ambigüedades, pero también obliga a dejar muchas correlaciones sin reflejar, correlaciones que no son tan simples como parecen resultar. Aún así, puede ayudar a aclarar las tortuosas y, a menudo, calenturientas relaciones entre estas teorías durante el siglo xx e inicio del xxi.

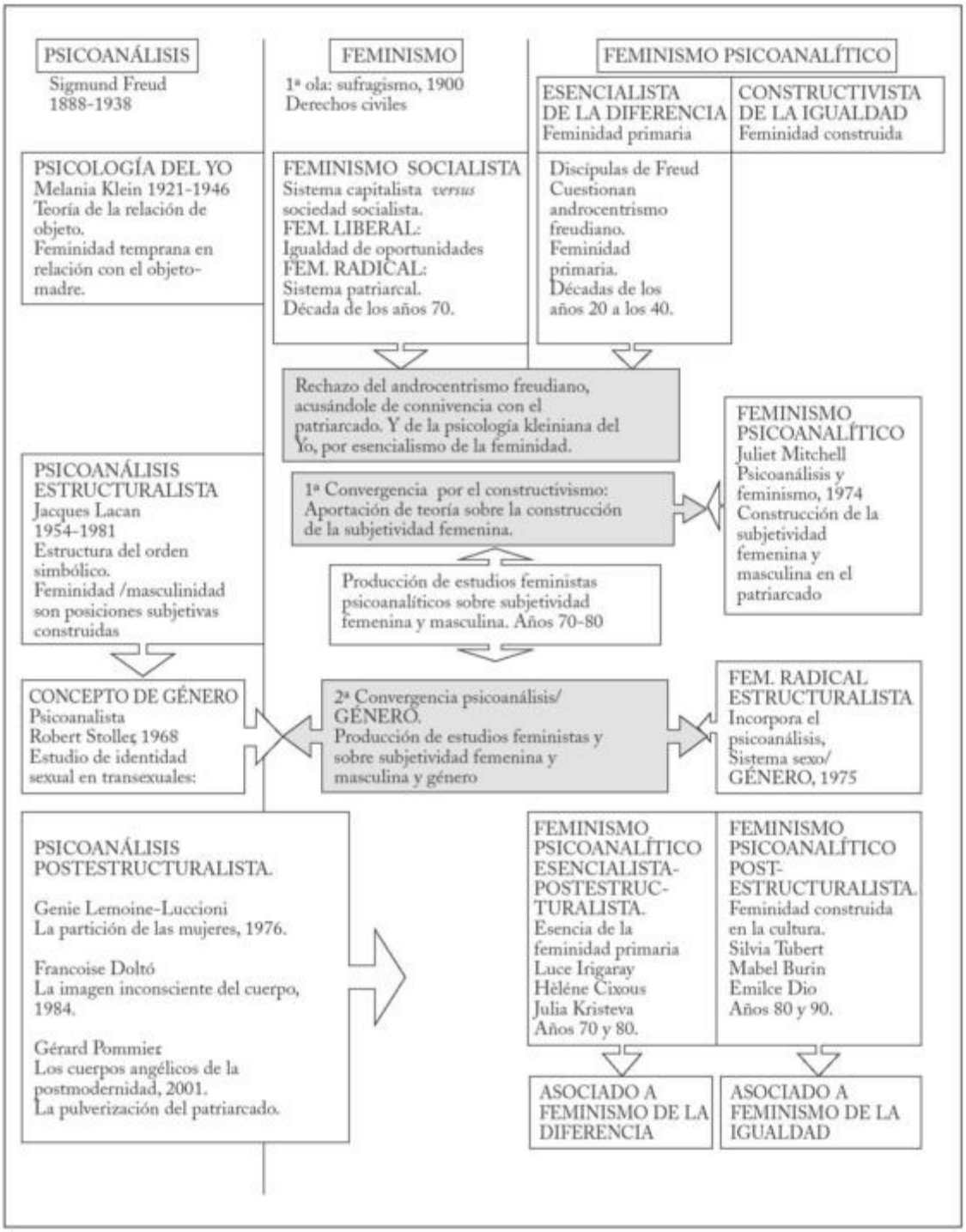
Se usará el psicoanálisis para buscar explicaciones a la creación y perpetuación de los principios patriarcales.

Se produce entre feminismo y psicoanálisis durante el siglo xx un fuerte rechazo primero y, al menos, dos movimientos de convergencia después6, siempre protagonizados, por una parte, por feministas psicoanalistas, que consiguen congeniar ambos marcos teóricos. Por otra parte, reacciones de otras feministas sociológicas o marxistas que rechazan esos intentos. Interesan aquí porque de cada uno de esos acercamientos surgen corrientes que se mantienen vivas hasta el presente y que nos interesan porque contribuye a los marcos teóricos sobre la salud y en la aplicación del enfoque de género.

Dos líneas divergentes se mantienen en el feminismo - el de la diferencia y el de la igualdad. El de la diferencia se basa en la idea de que existe una esencia femenina irreductible y que hace diferentes a las mujeres. Es concordante con el feminismo cultural y con las vertientes clásica y espiritualista del ecofeminismo. Por el contrario, el de la igualdad tiende a que feminidad y masculinidad son construcciones culturales y no hay nada esencial que pueda estar ligado al cuerpo biológico, luego ambos sexos podrían tender a ser iguales en todo lo socialmente construido.

El psicoanálisis también se puede ver dividido de este modo. Habrá un feminismo psicoanalítico que dará fundamentos para la búsqueda de una esencia femenina muy temprana, que pre-existiría bajo la posterior construcción cultural de la identidad femenina'.

ESQUEMA 1. Feminismo y psicoanálisis



Y otro feminismo psicoanalítico constructivista, más coherente con la igualdad, que tratará de comprender las identidades femenina y masculina, producto de la subjetividad construida en la experiencia vivida y a partir de los ideales y mandatos culturales y sociales. Esta corriente psicoanalítica sustentará el feminismo estructuralista y postestructuralista, es precedente del enfoque de género en salud y, en parte, de las bases de las más modernas teorías queer y transgénero8.

El primer acercamiento entre feminismo y psicoanálisis lo realizan las psicoanalistas discípulas de Freud (Jeanne Lampl de Groot, 1928 y Ruth Mack Brunswick, 1940, entre otras, citadas por Tubert, 2001). Buscan un modelo de

comprensión de la feminidad no androcéntrico, que la feminidad no esté en función de la masculinidad, como parecía concebirla Freud. Feminidad y masculinidad son distintas y la feminidad es algo en sí misma, no por comparación con lo masculino. La transmisión de feminidad procederá de la madre. Se trata de averiguar qué es la posible esencia femenina ¿Qué es la mujer? Silvia Tubert (2005) plantea que esta es la primera reacción «esencialista» (germen de los posteriores feminismos cultural y de la diferencia) que trata de definir la feminidad como algo en sí misma. Esta esencia se relacionará siempre con la maternidad y con la importancia de la figura de la madre que muy tempranamente imprimiría una huella de feminidad en etapas arcaicas del desarrollo infantil, etapa que Freud no había explorado.

El feminismo de toda la primera mitad del siglo xx mantuvo malas relaciones con el psicoanálisis freudiano. La hipótesis esencialista de aquellas primerísimas psicoanalistas, puede que reforzaran el rechazo de las feministas que estaban plenamente bajo el materialismo histórico y el realismo sociológico. Simone de Bouvoire, en El segundo sexo (1949), realiza una crítica a la teoría freudiana, aunque, paradójicamente, la autora que se ha considerado la madre del feminismo de la segunda ola no se consideraba aún feminista (Zerilli, 1996). La crítica a Freud es porque no cuestiona la desvalorización y desventaja social de la mujer, sino que parece apreciar cierta inferioriad como natural y constitutiva del psiquismo. Se le acusa de connivencia con el patriarcado. Pero Beauvoir no participará del rechazo hacia el conjunto del psicoanálisis; por el contrario, lo aprecia y cuidará sus críticas, aceptando correcciones que el propio Freud hará de sus principios sobre la feminidad (Juliet Mitchell, 1989). Ella apreciará el psicoanálisis como durante mucho tiempo después, no lo apreciaría el feminismo de segunda ola que la siguió:

> El enorme progreso alcanzado por el psicoanálisis sobre la psicofisiología reside en el punto de vista de que ningún factor se ve implicado en la vida psíquica sin haber adquirido significación humana; no es el cuerpo-objeto descrito por los biólogos el que realmente existe, sino el cuerpo tal y como es vivido por el sujeto (Beauvoir, 1949, pág. 61).

A pesar de este aprecio de los principios psicoanalíticos, la crítica de Beauvoir se verá reforzada años después por las autoras del feminismo, tanto liberal (Betty Friedam) como radical (Eva Figes, Germaine Greer, Kate Millet, Shulamith Firestone) que consideraban la maternidad como fuente de las peores ataduras que impiden emanciparse a las mujeres, y combatían la idealización de la maternidad y la creencia de que sea el único destino femenino. Por este motivo, las ideas esencialistas de las primeras discípulas de Freud, de una feminidad transferida por la madre y predisponente al deseo y ejercicio instintivo de la maternidad, era rechazado por el feminismo radical mayoritario, aunque servirán de base al feminismo esencialista cultural (Ver Esquema 1).

Además, en Estados Unidos se había enseñoreado en la psiquiatría de los años 60 la psicología del Yo, procedente de Melania Klein. Los estragos del autoritarismo médico y su contribución a la adaptación de las mujeres a la pasividad y a sus vidas

familiares dependientes, en función del mantenimiento de su feminidad subordinada y su idealizado destino maternal, se producía bajo este tipo de psicoanálisis que es el que sufren y rechazan las feministas liberales y radicales norteamericanas.

Ahora bien, se avecina la convergencia, porque el feminismo de los años 70 se estaba interrogando sobre los mecanismos por los que el patriarcado `coloniza el interior' (pregunta de la propia Kate Millet). Las mujeres están explorando la experiencia vivida como fuente de saber y se preguntan sobre la identidad femenina y la subjetividad. El autoconocimiento y autoconciencia son los medios que están utilizando para liberarse y necesitan saber qué ocurre en su interior y cómo. Por esto, el encuentro con la psicología profunda se produce necesariamente ya que el feminismo está necesitando una teoría de la subjetividad de la que no disponía (Tubert, 2001).

Juliet Mitchell, psicoanalista europea, marxista althuseriana, estructuralista y feminista, firma en 1974 Psicoanálisis y Feminismo. Freud, Reich, Laing y las mujeres, un texto extremadamente valiente, que se enfrenta al posible rechazo de todo el feminismo mayoritario. Autora por autora, argumenta, critica y rescata. Buscará la reconciliación con la teoría freudiana, cosa que conseguirá. Ha iniciado la convergencia de estas áreas de conocimiento que ya tendrán en lo sucesivo una vía de conexión. Dice Mitchell:

> La mayor parte de los movimientos feministas han identificado a Freud como enemigo. Afirman que el psicoanálisis sostiene que las mujeres son inferiores y que sólo pueden alcanzar la autentica feminidad como esposas y madres. Consideran al psicoanálisis como una justificación del statu quo burgués y patriarcal y que Freud, en su propia persona, ilustra estas cualidades. Coincido en que el freudismo que se ha divulgado responde a esta descripción, pero el tema de esta obra consiste en demostrar que un rechazo del psicoanálisis y de la obra de Freud es fatal para el feminismo. Cualquiera que sea la forma en que se lo haya utilizado, el psicoanálisis no constituye una recomendación para una sociedad patriarcal, sino un análisis de la misma. Si estamos interesados en comprender y rechazar la opresión de la mujer, no podemos permitirnos el lujo de subestimarlo (Juliet Mitchell, 1974, pág. 9).

Argumenta que el psicoanálisis no indica cómo han de ser el hombre o la mujer para que respondan al modelo patriarcal, sino que estudia cómo son los individuos dentro de ese sistema patriarcal. Dice: «La realidad social que Freud intenta esclarecer es la representación mental de la realidad de la sociedad» y, en realidad, las feministas han estado negando la realidad psíquica, como si cuando Freud habla de las fantasías y de los contenidos de aquella realidad psíquica, se estuviera hablando de normas universales que haya que aplicar.

> Freud estaba interesado en la forma en que se constituía la realidad social (para el caso, la cultura patriarcal) en cómo re-nacía en cada individuo y cómo cada individuo reaccionaba ante la misma en su vida psíquica. Firestonne,

> Creer, Figes y Friedan suponen que la realidad social existe y que de algún modo el individuo reaccionaba ante la misma en su vida (Mitchell, 1974, pág. 356).

Es un matiz crucial frente a la acusación a Freud de sostener el sistema patriarcal, cuando en realidad lo que hace es estudiar cómo se manifiesta ese sistema en los individuos. Mitchell sostiene que las feministas, hasta el momento, piensan en un «realismo social», como si todo el funcionamiento humano, de hombres y mujeres, se originara y permaneciera en lo social, como única realidad. Es lo que más adelante se llamará `determinismo social', racionalista, como si lo único que existe fuera la conciencia, sin contar con la esfera psíquica o subjetiva e inconsciente. Dice:

> Lo que estas escritoras comparten es sencillamente, un rechazo fundamental de los descubrimientos decisivos del psicoanálisis: el inconsciente y la sexualidad infantil (...). El deseo, la fantasía, las leyes del inconsciente e incluso la inconsciencia, están ausentes en el realismo social de las críticas feministas (...) Para ellas, la conciencia, la racionalidad y la realidad social son todo (Juliet Mitchell, 1976, págs. 360-361).

Es la misma reacción general que se producía y se sigue produciendo ante la idea del inconsciente. Cuando hemos tratado aquí las teorías de la salud, ya hemos señalado cómo era y es cuestionado generalmente desde el racionalismo y el materialismo.

Mitchell protagoniza el inicio de la principal aportación del psicoanálisis al feminismo: una teoría sobre la subjetividad que permitirá comprender cómo se perpetúa la subordinación de las mujeres y considerar el inconsciente como el espacio en el que la sociedad patriarcal reprime a la feminidad. Los mecanismos de opresión y subordinación pueden ser internalizados y reproducidos subjetivamente por las mujeres. La diferencia sexual se construye inconscientemente y en ella lo femenino es reprimido.

Todos los desarrollos posteriores del feminismo de diversas corrientes que traten la subjetividad femenina, la maternidad, la internalización de lo social y la experiencia vivida, procederán del psicoanálisis, lo cual es muy relevante para los conceptos de salud enfermedad y los principios y métodos de atención a la salud, que buscarán siempre cambios en la subjetividad de las mujeres y el acceso a la autonomía (tam bién afectiva). El futuro enfoque de género, que ya estaba gestándose, estará alimentado con esta teoría sobre la subjetividad y apoyado en su mismo nacimiento desde la teoría psicoanalítica.

Para fa salud, el feminismo psicoanalítico, aporta la comprensión de la subjetividad en las formas de enfermar, sustentando análisis sobre estos aspectos subjetivos de la experiencia vivida (Jeanne Marecek y Diane Kravetz, 1979; Carmen Sáez de Buenaventura, 1988). Se amplia la mirada a todos los aspectos de la salud, y muy especialmente a la salud mental, y no sólo a los problemas reproductivos, como

ocurría hasta el momento. Además, fundamentará métodos para los grupos de mujeres, para el trabajo de la autoestima y repensar los modelos de vida y alternativas de cambio, que han sido, y siguen siendo, instrumentos feministas de promoción y atención a la salud, cuyos desarrollos posteriores se tratarán en el capítulo siguiente sobre intersección entre teorías feminista y de la salud.

A continuación se expone el feminismo estructuralista y el comienzo del enfoque de género que continúa conectado con el psicoanálisis. Después, en el apartado sobre feminismo postestructuralista y de la diferencia, se vuelve también a exponer las fuertes relaciones de esas corrientes con el psicoanálisis.

2.1.7. Feminismo estructuralista. Sistema sexo/género

> El vocablo género no tiene un significado biológico, sino psicológico y cultural. Los términos que mejor corresponden al sexo son `macho y hembra', mientras que los que mejor califican al género son `masculino y femenino', estos pueden llegar a ser independientes del sexo.
>
> ROBERT STOLLER, 1968, pág. 9

> El sistema sexo/género, homólogo a los sistemas de parentesco, explica la posición de las mujeres (...) y el conjunto de modificaciones por medio del cual una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y determina la manera en que esa sexualidad transformada debe ser satisfecha.
>
> GAYLE RUBIN, 1975, pág. 159

Los diversos feminismos, las feministas que los han creado, albergadas en las corrientes de pensamiento de cada momento, han ido buscando respuestas a sus preguntas centrales: a qué se debe la opresión de las mujeres y de qué modo las mujeres se pueden liberar de ella. Así, bajo la influencia del estructuralismo y el postestructuralismo, también en la década de los 70, feministas antropólogas, psicoanalistas y filósofas, analizan la estructura de las relaciones entre hombres y mujeres, basándose en la contribución fundamental del concepto de género (John Money, 1955 y 1957; Robert Stoller, 1968).

Ya algunas autoras del feminismo radical, como Kate Millet (1969), estaban viendo con buenos ojos la aportación del concepto de género para nombrar las condiciones sociales en que se crea la condición femenina. Pero será con las posibilidades operativas del concepto de sistema sexo-género de la antropóloga estructuralista, Gayle Rubin (1975) que se introduce plenamente en la teoría feminista. Nos detendremos un poco más en este apartado, por el interés para la génesis del enfoque de género que, por cierto, germina en la teoría psicoanalítica.

El concepto de género comenzó con la identidad de género', diferente al sexo biológico, de la que habló muy tempranamente en 1955,John Money, psicólogo sexólogo, a partir de la clínica de personas hermafroditas, inter-sexos y transexuales. Describió que existe una `identidad de género' que no tiene por qué coincidir con el sexo biológico y analizó cómo se construía en la relación temprana con madre y padre. Su aportación teórica pasó desapercibida probablemente porque escandalizó en su época, debido a su trabajo clínico de reasignación de sexo en una época en que las orientaciones no heterosexuales estaban patologizadas y criminalizadas. Posteriormente, también a partir de la clínica de personas transexuales, fue Robert Stoller, psiquiatra y psicoanalista (1968 y 1975) que observando las discrepancias entre el sexo biológico y la identidad sexual, desarrolla el mismo concepto de identidad de género que el niño o niña adquieren de forma temprana a través de la experiencia vivida en la relación con la made y el padre. Su trabajo sí tuvo una fuerte repercusión. Stoller agrupa bajo el sustantivo de género todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad/masculinidad, reservándose sexo para los componentes biológicos, anatómicos y para designar el intercambio sexual mismo (Robert Stoller, 1968).

Simultáneamente, en la psicología social, se estaba desarrollando el concepto de papel o rol social y aplicado a los roles masculinos y femeninos. De ello es ejemplo el trabajo de Anne Marie Rochevable, en Lo masculino y lo Femenino en la Sociedad Contemporánea (1968). Estudia, entre estudiantes de La Sorbona, estos roles definidos como comportamientos adquiridos socialmente a partir de las experiencias vividas en la infancia, normas y modelos sociales y circunstancias socio-económicas. Son, con toda precisión, lo que poco después se llamará roles de género aunque ella no utiliza aún este término. Encuentra que incluso entre los estudiantes de psicología revolucionarios de mayo del 68, que en principio serían personas nada sospechosas de patrones tradicionales, se mantienen activos estereotipos patriarcales de feminidad y masculinidad.

Tanto los enfoques psico-sexológico de Money, como psicoanalítico de Stoller, como los de psicología social de Anne-Marie Rochevable, utilizaban el marco psicoanalítico, para el estudio de la construcción subjetiva de la identidad psicosexual, siguiendo la formación del inconsciente, diferente y separada de la biología. Estamos en plena revolución cultural del 68, y se estaba produciendo en la época un fuerte debate: de un lado, el determinismo biológico del sexo, que asociaba la identidad sexual invariablemente a la anatomía - concordante con las posiciones teóricas de la biomédicina-, y que servía del apoyo para ver inmodificables las características de debilidad, emocionalidad y demás supuestos componentes de la identidad femenina y perpetuando la invariabilidad de las funciones maternales y socialmente excluidas de las mujeres. Y del otro lado del debate, el constructivismo, los que hablaban de los papeles sociales adquiridos en la cultura, que modulan las identidades femenina/ masculina, cuya plasticidad para incorporar mandatos e ideales sociales obedece a que se construyen en la experiencia subjetiva vivida.

En el contexto de este debate, la antropóloga estructuralista y feminista Gayle

Rubin, tras su relectura del marxismo y psicoanálisis desde los interrogantes feministas, siempre prestos a adscribirse a explicaciones constructivistas y no biológicas, explorará el concepto de género bajo la óptica feminista. Implica pensar que existe jerarquía de género, es decir, que los atributos culturales que se asignan a las mujeres son desvalorizados, además de que las atribuciones de género se realizan sobre una relación de poder de hombres sobre mujeres, vertiente que no estuvo presente en los planteamientos de Money o Stoller.

Rubin postula el sistema sexo-género (1975) para explicar cómo se establecen las relaciones entre los sexos y por qué las mujeres quedan subordinadas. Rubin considera que la idea de sistema patriarcal no explica suficientemente lo que ocurre ya que la realidad es que, fuera de la estructura socioeconómica de la familia y en sociedades no capitalistas, continúa habiendo relaciones de poder y opresión de las mujeres. Rubin cree que se explicaría porque es el sistema sexo-género el que organiza las relaciones entre los sexos. Y lo hace por la transformación del sexo biológico en género. Los elementos del sistema son, por un aparte, los sexos biológicamente diferentes; por otra parte, las atribuciones y normas que cada cultura y organización social se encarga de hacer a cada sexo - esto es, el género-; y en tercer lugar, la estructura que establece de relación en el sistema entre los sexos y el género, según un sistema homologo a los sistemas de parentesco que postulaba Lévi Strauss. Cuando las atribuciones de género son asimétricas y apoyadas en una distribución desigual, asignando a las mujeres papeles infravalorados, pasivos y dependientes, se constituyen las relaciones de poder (de género) en el sistema. Esto permite comprender cómo se pueden reproducir relaciones de género de poder en estructuras no familiares, por ejemplo, en parejas homosexuales o relaciones laborales o de amistad y, además, dentro de distintas organizaciones sociales, tanto primitiva, feudal, industrial como capitalista o socialista. El género es a las relaciones entre sexos, lo que la economía es al sistema social. Es decir, el concepto que rige sus evoluciones y que explica su organización.

Bajo la óptica del sistema sexo/género, se analizará las atribuciones, los roles de género, las relaciones de poder/subordinación, la violencia y las condiciones del trafico de mujeres, así como la construcción de la identidad de género en la crianza. Esta se conforma motivando también los deseos y las fantasías sexuales, por lo que la sexualidad también es una construcción cultural (Ver Tabla 5). Dice Gayle Rubin que «el sexo, tal como lo conocemos - identidad de género, deseos y fantasías sexuales conceptos de infancia - es un producto social» (1975, pág. 45).

Se apoyará también en el psicoanálisis que permite explicar cómo todas esas normas y atribuciones (patriarcales) son interiorizadas por hombres y mujeres a lo largo de la construcción de la subjetividad. Dice: que «el psicoanálisis resulta central para la teoría feminista porque describe el residuo dejado dentro de los individuos por la sociedad» (1975, pág. 183).

A partir de este, momento, el concepto de género se extiende en los estudios de las mujeres y comentaremos más adelante cómo los fertiliza dando lugar a los estudios

de género sobre la salud.

2.1.8. Feminismo postestructuralista o postmoderno y género. Tercera ola

> Si uno/a desea a una mujer, ¿se sigue de ello que está deseando desde una disposición masculina (heterosexual entonces)? (...) Entonces una mujer que desea a otra mujer la desearía desde una disposición masculina y en este sentido sería `heterosexual' (¡!)...
>
> JUDITH BUTLER, 2004

La idea central del postestructuralismo es la ruptura con la idea de identidades fijas y estables. No hay verdades universales y, por tanto, no hay tampoco una identidad universal para las mujeres, ni para ningún otro sujeto. Cuando el feminismo se empieza a cuestionar la existencia de las identidades fijas y una identidad femenina, o de género, común a todas las mujeres, que definiría la mujer universal, entonces está entrando en el postestructuralismo.

Se cuestiona la lógica binaria del dimorfismo sexual: mujer/hombre; o dimorfismo de género: femenino/masculino, en los que cada cual debe colocarse irremediablemente en uno u otro lado de la díada para quedar ya bien definido de forma estable y total. Si es mujer-femenina, ya está toda la identidad, pasando por alto que según la clase social, el nivel cultural, la etnia, la experiencia social, la vivencia subjetiva y las distintas opciones sexuales, entre otros muchos factores, pueden hacer estallar esa identidad única. De hecho, con el postmodernismo estallan las identidades.

El feminismo radical y estructuralista, enzarzados en abordar el patriarcado y el sistema sexo-género, estaban olvidando que no todas las mujeres son iguales, que no pueden estar unidas por ser mujeres, ni aún frente al patriarcado.

Y el feminismo postmoderno se centra en otro aspecto: los mecanismos del poder, de los que Foucault fue principal analista y que son señal del estructuralismo. Son mecanismos coercitivos de la sociedad entre los que se tienen que constituir los sujetos y que les obligan a aferrase defensivamente a una identidad propia. Así, el problema no serán sólo el tipo de identidades femenina o masculina que prescribe el patriarcado, sino los mecanismo de poder que emplea para obligar a acabar situándose en una de esas identidades fijas, para no verse excluido, rechazado o marginado.

La deconstrucción, que es otro signo del postestructuralismo, significa echar abajo todas las generalizaciones que obligan a construir una identidad definida, descomponer las partes, sin necesidad de recomponer una totalidad. Es llevar la rebelión contra el poder allí donde este se ejerce sobre la constitución misma de las identidades, de las teorías, de todo lo que lleve a una generalización en la que se pierda lo singular de cada uno.

Las feministas postestructuralista se dividen también en las dos corrientes que se hilvanan a lo largo de todo el feminismo: las esencialistas y las no esencialistas.

De un lado esencialista, Héléne Cixous, escritora francesa, de fuerte influencia en este feminismo, usa conceptos de feminidad como `fluidez"hibridación' que apuntan a los signos postmodernos de variabilidad, inestabilidad de la identidad femenina. Lo analiza Pilar Villar (2003), que encuentra a Cixous dividida entre la reivindicación de la identidad de los sujetos que han sido marginados (como identidades lésbicas, bisexuales... mujeres `negras', `pobres'...) ya que el feminismo anterior y el pensamiento moderno han considerado sólo las mujeres en conjunto, o los hombres en conjunto; trata de evitar la perpetuación de la hegemonía binaria (mujer/hombre; femenino/masculino) heterosexual del pensamiento patriarcal. Y, al mismo tiempo, reivindica la identidad femenina con implicaciones esencialistas, apoyadas en la mujer biológica - aunque luche contra ello-, y apoya esta identidad en el cuerpo y el cuerpo maternal sobre el que se concreta el esencialismo sobre la feminidad.

Luce Irigaray, psicoanalista postlacaniana, proporciona un pensamiento extremo sobre el esencialismo de la feminidad en la psicología profunda, que fundamenta el feminismo de la diferencia (al igual que Cixous y Kristeva). Irigaray, junto con Montrelay, propone negarse a continuar con el `matricidio' del orden social, que se apoya en la ley del padre amo y que prohibe a las mujeres el amor y la unión con la madre. Ve el cuerpo de la mujer como un cuerpo abierto, tan abierto como lo es su anatomía - ata así la esencia femenina a lo biológico-. Dice Irigaray:

> El orden social, nuestra cultura, el mismo psicoanálisis, así lo quieren: la madre debe permanecer prohibida. El padre prohibe el cuerpo a cuerpo con la madre. (...) ¿Pero dónde queda, para nosotras, lo imaginario y lo simbólico de la vida intrauterina y del primer cuerpo a cuerpo con la madre? (...) ¿No existe siempre el peligro de buscar refugio en todos los cuerpos abiertos? ¿De habitar y anidar incesantemente en el cuerpo de las otras? (Luce Irigaray, 1981, págs. 10-11).

Proponen crear un `espacio-entre-mujeres' (Irigaray, 1978). Veremos en el apartado sobre el feminismo de la diferencia, que la continuidad de esta propuesta es un `orden simbólico de la madre' (Luisa Muraro, 1991), alternativo al orden simbólico del padre que transmite el nombre e impone la ley, y que representa la nueva forma de construir la identidad femenina sobre su esencia.

Por último, el tercer personaje de mayor importancia para este feminismo es Julia Kristeva, también psicoanalista y semiótica. Autora muy compleja, habla también de la identidad femenina evanescente en términos de la diferencia esencial del cuerpo:

> ... el yo femenino es `vaporoso'. Ves que asocio el destino del erotismo femenino con la maternidad: aunque se trate de dos vertientes totalmente distinta de la experiencia femenina, el cuerpo vaginal, ese habitáculo de la especie, impone de todas formas a la mujer una experiencia del 'interior', de la

> `realidad interior' (... esa 'profundidad' vital constituye también un peligro social (Julia Kristeva, 1998, pág. 25).

De otro lado del postestructuralismo no esencialista, busca una alternativa a las identidades fijas. Esta corriente lleva ya el concepto de género incorporado sobre el que produce distintas evoluciones.

Dice Linda Alcoff en 1988, que el feminismo estába necesitando una teoría de la subjetividad basada en la experiencia vivida que no degenerara en esencialismo biológico, ni en el determinismo social por prescripciones y normas culturales y sociales, y que estaría basada en la experiencia de la subjetividad. En un primer momento Teresa de Lauretis (1984), entre otras, desarrollará esta teoría basándose en que, por un lado, estarían `la mujer' como una `construcción ficticia' y por otro `las mujeres' como `seres históricos reales'. A partir de esta corriente es cuando comienza a hablarse, no ya de la mujer (singular y universal), sino de las mujeres.

Pero después será Judith Butler, quién continuará con una verdadera deconstrucción que acabará deshaciendo el género, tal como se entendía. Vuelve sobre Freud y sobre sus escritos sobre los temas más oscuros como Introducción al Narcisismo (1914) y, sobre todo, Duelo y Melancolía (1917), textos inspiradores por su tratamiento sobre las bases psíquicas más arcaicas de una identidad, la `pérdida primordial', el duelo por todas las pérdidas, la melancolía y el dolor psíquico inscrito en el inconsciente. Butler se ocupa de todos estos puntos. El dolor por la pérdida de identidad que padecen las personas cuya identidad (sexual) no es reconocida, como homosexuales, lesbianas, bisexuales... `dolor de género' dirá más adelante cuando acuñe la teoría queer (teoría de lo raro). Interrogará también a Lacan (psicoanálisis estructuralista) y a Foucault (filosofo estructuralista) para tratar sobre los Mecanismos psíquicos del poder (1997) y la importancia de las relaciones de poder que rigen las relaciones de género. Cuestiona los feminismos radical y estructuralista anteriores, porque encuentra que impera un heterosexismo en la teoría feminista. Que las teorías sobre la diferencia sexual son sobre la heterosexualidad, que dejan fuera otras opciones que no son las de hombremasculinidad/mujer-feminidad. Propone la problematización del género en El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad (1990), texto con el que comienza la teoría queer. Sale del género como norma que describe atribuciones de hombre o mujer y plantea la peiformatividad de género, cada cual hace su performance de género, como una puesta en escena tan diversa como identidades haya. Seguiremos un poco más con Butler al tratar a continuación la teoría queer.

Las consecuencias de este feminismo para el concepto y acciones sobre la salud se derivan de no aceptar la definición de «mujer» como sujeto único y universal. Llevan a tener en cuenta a la hora de programar en salud, los estereotipos en las variables de etnia y país (eurocentrismo), edad, clase, ideología, sexo (sexismo) orientación sexual (heterosexismo) que han de ser considerados, si se quiere verdaderamente contar con las necesidades de las personas. Además, a la hora de pensar los determinantes psicosociales para la salud, aquellos que se relacionan con el contexto social y las

experiencias subjetivas deben incluir la idea de variabilidad amplísima en la forma de entender y vivir la vida. No se termina de comprender los modos de vida estableciendo unas pocas categorías mensurables (edad, estado civil, sexo...) sino que es necesario estar abierto a todas las experiencias singulares. Especialmente, añade el postmodernismo, la visibilidad de las identidades sexuales y de género de lo más diversas y no contmplarlas, desde luego, como estados inestables (patológicos) que habría que cambiar. Libertad y no violencia contra los diferentes y marginales. A evitar el sexismo, añadir evitar el heterosexismo.

2.1.9. Postfeminismo, teoría queer y transgénero

> ¿Por qué las masculinidades y por qué ahora? (...) porque la masculinidad en la década de 1990 ha sido por fin reconocida, al menos en parte, como una construcción de las mujeres y no sólo de las personas nacidas hombre. (...) la masculinidad sin hombres.
>
> JUDITH HALBERSTAM, 1998, pág. 36

Hemos llegado a una corriente llamada postfeminista. El feminismo empieza a mecerse en la llamada tercera ola. Los dilemas principales son ahora la identidad y la subjetividad. Se podrían identificar las marcas de los distintos postfeminismos como diversidad, subversión y destrucción de los roles sexuales, junto a la pugna por las aspiraciones y derechos igualitarios. Son las máximas activas en la vanguardia que puede llamarse de momento postfeminismo, aunque al estar inmersas en su presente es difícil de definir.

Sólo como ejemplo, Rene Denfeld (1995), una joven que se dedica al boxeo amateur, cuenta, por ejemplo, cómo cree que las mujeres están bien dotadas para desarrollar tanta violencia como los hombres y se rebela contra la supuesta identidad femenina que las feministas, a las que llama las `nuevas victorianas', parecen haber impuesto con el `viejo orden feminista'. De las identidades estalladas del postestructuralismo, llegamos a la reivindicación de libertad para elegir identidad, o bien de tomarla cada uno y una por su mano. Las postfeministas, que a menudo no desean ser llamadas feministas, se sienten compuestas de distintas identidades tomadas de aquí y de allá en su historia personal y vital, trozos identificados con rasgos, sexuales o no, de partes femeninas, masculinas, intermedias, en definitiva, subjetivas.

Por otra parte, inmersa en ello, se puede decantar la experiencia lésbica. La identidad lésbica ha atravesado de puntillas y silenciosamente en el feminismo prácticamente desde sus comienzos, tan silenciosa e invisible como lo ha hecho en la sociedad del siglo xx. Apenas ha ocupado espacios periféricos en el discurso feminista, aún cuando este discurso fuera mantenido por feministas lesbianas que siempre han estado dentro del movimiento. Por ejemplo, la propia Kate Millet, declaró su posición lesbiana - a pesar de haber estado años casada y dedicar a su marido su libro Política Sexual. Esta declaración pública tuvo como consecuencia el

rechazo de sus propios padres que la internaron en un psiquiátrico por ello. Sólo la vigencia de la exclusión y marginación de la identidad lésbica al campo de la patología, puede explicar que estos hechos apenas se conozcan.

El feminismo lesbiano se empieza a hacer visible muy tarde y, prácticamente, empieza a tener marco teórico con la teoría queer, casi ya en el siglo xxi.

Judith Halberstam, profesora de literatura en la Universidad de San Diego (California) es especialista en teoría queer, estudios de género, teoría feminista y cultura de la posmodernidad. Estos campos en los que ella se ubica, definen con precisión el marco teórico de la vanguardia feminista. Y hay que decir que todos ellos están en conflicto: las postfeministas no desean ser llamadas feministas, aunque puede que se trate de la vuelta de tuerca del feminismo actual; la teoría queer, critica al femi nismo con el que mantiene tensas, pero estrechas relaciones; el transgénero, es un movimiento de personas intersexo y transexo, que no se quiere inscribir en la teoría queer ni en la feminista; y, para rematar, las misma autoras son teóricas de todas estas vertientes (como Judith Butler y Judith Halberstam).

Halberstam escribe Masculinidad femenina en 1998, donde revisa la masculinidad no adscrita al hombre, sino la masculinidad femenina de las mujeres que se hacían pasar por hombres en los siglos xviii y xix, las de la cultural transgénero, drag king (mujer lesbiana o transexual que se viste con ropa masculina), butch femme (lesbiana masculina), o transexuales masculinos o simplemente la masculinidad femenina. Rompe con el sistema heterocentrado y descubre tal diversidad de masculinidades que poco tiene que ver ya con la masculinidad del hombre heterosexual.

La teoría queer (raro) y transgénero, trata de gays, lesbianas bisexuales, transexuales o personas intersexos... diversidad de identidades en cuerpos biológicos que pueden ser de hombre o de mujer o en pasos físicamente intermedios, además de orientaciones sexuales que también se pueden distribuir de maneras no previsibles y no normativizadas. Cuestionan el dimorfismo sexual y su definición central es «oponerse a toda reivindicación de identidad, incluyendo la asignación de sexo estable» (Butler, 2004, pág. 22). La propuesta de Butler es siempre por la libertad (de elección de identidad) y contra la violencia a la que está expuesta la gente queer y tansgénero.

Para la óptica de la salud, continúa en la línea de la aportación posmodernista. Contar con la existencia de identidades no previsibles dentro de las ya antiguas de mujer y hombre. Y tener presentes factores de vulnerabilidad para la salud que proceden de las identidades, y muy especialmente de la estigmatización, discriminación y exclusión de las personas que no consiguen identificarse con un lugar de hombre o mujer clásicos y su exposición casi constante a ser objetos de violencia. Tener presente que la `melancolía de género', el duelo por la identidad de la que habla Judith Butler, está detrás de la depresión y la mayor incidencia de suicidios entre las personas con identidades no heterocentradas.

2.1.10. De la igualdad y la diferencia

Entre la igualdad y la diferencia es un debate envejecido por los años y por las numerosas inflexiones que en las últimas décadas han entrecruzado una y otra postura.

El movimiento feminista es primariamente de la igualdad. En la primera y segunda ola, se podían identificar claramente las corrientes que se situaban en un ideal de igualdad entre mujeres y hombres. En la primera, la consecución de los derechos civiles se adscribe a un ideal plenamente igualitario. En la segunda, con el comienzo de la producción teórica, es también de la igualdad, tanto el liberal, cuya máxima es precisamente la igualdad de oportunidades, como los socialista y radical, apoyados en supuestos marxistas, con `igualdad de derechos', `igualdad social' a los que se añade `contra las relaciones de poder'.

Con el comienzo del feminismo cultural y sus derivaciones, empieza la corriente basada en que las mujeres son diferentes y hay que valorar y promover esa diferencia. Era también una corriente clara que generaba acciones muy distintas.

En la época en que se profundiza la producción teórica sobre las identidades femenina y masculina, ferviente indagación que ocupa el núcleo central de la teoría feminista, se dan importantes desarrollos sobre la feminidad y en qué se diferencia. Se distingue entonces la línea de la diferencia porque se adscribe a la esencia femenina, diferencia que residiría en el cuerpo vivido y en la maternidad.

Pero en la otra corriente, la de la igualdad, también se profundiza en las identidades femenina y masculina y se estudian sus diferencias con el aporte del concepto de género. Se cuenta con este instrumento conceptual para corroborar y analizar que las diferencias son debidas a la construcción social de la identidad y, por tanto, no son esenciales. Pero empiezan delicados debates sobre qué es y qué debe ser diferente e igual entre ambos sexos. Aquí ya empieza a haber posiciones mezcladas. Se puede estar por la igualdad de oportunidades y derechos, pero se puede estar dispuesta a matizar lo que pasa con las diferencias. ¿Tender a la igualdad significa tender a ser igual que los hombres? ¿O que ellos sean iguales a las mujeres? ¿Es lo mismo pretender iguales derechos y oportunidades, que pretender ser todos iguales en la identidad?

A partir del estructuralismo y, sobre todo, del postestructuralismo, germen de la tercera ola, la idea de la diferencia cobra otro sentido, ya que se da el giro fundamental de pensar en que las mujeres no son iguales ente ellas, ni los hombres, y es obligado tener en cuenta las diferencias de etnia, de clase social, de cultura y país de origen, orientación sexual... La diversidad oscurece un poco la antigua claridad de la idea de diferencia. ¿Respetar la diversidad va en contra de la igualdad? ¿Las diferencias entre las personas imposibilitan hablar de igualdad? ¿Se puede hablar de igualdad en la diversidad?

Sigue resultando claro que el esencialismo - que las mujeres son portadoras de una feminidad esencial que las diferencia-, apoyada en la diferencia biológica, sigue definiendo un feminismo de la diferencia, que estuvo asociado al feminismo cultural, al ecofeminismo clásico de los inicios y al espiritualista contemporáneo y, sin duda, al feminismo postestructuralista psicoanalítico y sus derivaciones. Pero, también el feminismo constructivista, con el concepto de género incorporado, contiene argumentos diferenciales, tanto entre los sexos, como por otras condiciones de las personas. Personas de todo sexo y condición tienen identidades diversas y formas de vida diferentes. Lo que pasa es que tienen que tener igualdad de derechos. ¿En qué corriente se puede ubicar este feminismo presente?

Luisa Posada, en su libro Sexo y Esencia (1998) con un singular gesto, ofrece el diálogo de las dos adalides: Luisa Muraro, de la diferencia, y Celia Amorós, de la igualdad.

Dice Muraro sobre el `pensamiento de la diferencia' que trata sobre cómo las mujeres han de encontrar su lugar en el orden simbólico, que no esté subsumido en el universal masculino. Reconoce la `necesaria aceptación política de la igualdad', pero la diferencia que ella plantea no está en ese plano, sino en el de la identidad:

> ... la diferencia adquiere todo su significado cuando se opone no a la igualdad sino a la identidad. (...) hemos comenzado a hablar de la diferencia sexual en relación con una identidad femenina negada o perdida y buscada. Y nos damos cuenta de que la igualdad con el hombre ha funcionado, en el fondo, como una especie de sucedáneo de la identidad humana femenina, o sea, de la identidad femenina del ser humano (Luisa Muraro, 1998, págs. 128-129).

No se trata de diferencia o igualdad, sino de diferencia o identidad. Y para recuperar la identidad femenina (no la igualdad) hay que hacer un trabajo simbólico de recrear un lugar simbólico para las mujeres. Señalar y mantener rasgos diferentes para las mujeres les dará un lugar simbólico que la diferencia con los hombres y las libra de quedar eliminadas, indiferenciadas. Ejemplifica con la costumbre de vestir a los bebés de distinto color, rosa para las niñas, azul para los niños. Es un acto simbólico para marcar la diferencia.

Por su parte, Celia Amorós responde que ese orden simbólico tiene el problema de que es asimétrico, marcado por relaciones de poder. Dirá que el problema está en que hay otros gestos que se hacen diferentes con niñas y niños que no resultan tan inocuos como la ropa rosa o azul de los bebés. Por ejemplo, la mutilación genital femenina, un acto ritual que diferencia a las mujeres y que producirían también diferencia simbólica. Pero si les da ese lugar es símbolo mutilado de exclusión, de carencia, de dolor. Y esto se debe al problema de que se da en medio de un orden simbólico disimétrico y producto de una jerarquía de poder. Dice Amorós:

> ... las mujeres tendríamos que encontrarnos en una situación de equipotencia con respecto a los varones para instituir esa simbólica propia sin connotaciones

de inferioridad y subordinación, lo cual implica el logro de la igualdad (Celia Amorós, 1998, págs. 130-131).

Finalmente, no queda más remedio que, respecto a igualdad y diferencia, mantener posturas eclécticas que permitan investigar, pensar y producir teoría explicativa sobre el fenómeno humano, la diferencia sexual, las identidades y que, al mismo tiempo, no paralicen para la acción hacia situaciones de mayor libertad y justicia. Probablemente ahora, la igualdad de derechos y oportunidades se ha de mantener en el plano político, y es la máxima del feminismo de Estado. Pero las diferencias y diversidad son el vector guía de los desarrollos teóricos, del que también se puede sumar al plano político la no discriminación de los y las diferentes.

En salud, en el marco de la igualdad, están las políticas de igualdad y equidad en los recursos de salud. Incluye detectar y evitar los sesgos de género en la atención sanitaria. Y también detectar las desigualdades por sexos y de género en las formas de enfermar. Asimismo, detectar y evitar los factores de riesgo fuentes de desigualdad en aquellas formas de enfermar.

Por su parte, ligado al feminismo de la diferencia, las aportaciones se relacionan con el análisis de la diferencia en la identidad femenina. Y nutre el desarrollo de métodos de atención diferencial a las funciones femeninas como maternidad, parto, puerperio y lactancia. Una gran aportación son los espacios grupales de cuidado de salud entre mujeres, que se realizan vinculados a aspectos de salud que aumentan la vulnerabilidad psicosocial de las mujeres como salud mental, climaterio, malos tratos, cáncer de mama y ginecológico, entre otros.

2.2. EPISTEMOLOGÍA FEMINISTA

La teoría feminista ha ido vinculándose a las distintas posiciones epistemológicas de la ciencia en general durante el siglo xx, y se ha ido sirviendo de los métodos de estudio e investigación que eran apropiados para resolver las preguntas que se planteaban.

Bajo el marco del feminismo liberal, en salud, los estudios son compatibles con el paradigma biomédico con métodos positivistas sobre la enfermedad biológica, ya que aún no se cuestionaba la determinación biológica del sexo.

Sin embargo, bajo los siguientes enfoques, se aplican posiciones epistemológicas constructivistas (Ver Tabla 3 sobre posiciones epistemológicas), ya que es constante el concepto de la construcción social de las características que rodean al sexo, los roles, e incluso la identidad sexual, máxime cuando se incorpora el concepto de género y, en consecuencia, también el estudio de la producción social de la enfermedad.

Así, bajo el enfoque del feminismo socialista y radical, se ha utilizado la posición marxista del materialismo dialéctico, declinándolo en la dialéctica del sexo. Los

métodos de investigación son entonces de fenomenología - para estudiar el efecto de los factores de la fenomenología social sobre la salud, además de positivistas para cuantificar la magnitud y extensión de tales efectos.

En el marco del feminismo estructuralista y postestructuralista, se trata de deconstruir los componentes diversos de los fenómenos, se incorporan los métodos que estudian la interacción social - interaccionismo simbólico-, y a través del discurso. Existirá producción feminista privilegiada sobre la influencia del género en la construcción de la enfermedad, con métodos cualitativos de análisis del discurso que interpretan los significados de las vivencias y su efecto en la producción de enfermedad.

Por último, bajo el enfoque psicoanalítico feminista, se incorporan el estudio de la subjetividad, del sujeto del inconsciente, con avances en el estudio de la identidad femenina y masculina, con métodos interpretativos de la escucha del inconsciente.

Pero, además, la teoría crítica feminista ha desarrollado componentes epistemológicos propios que se han ido perfilando a partir de los años 70. Estos componentes proceden de que observa en el fenómeno humano dos aspectos ignorados antes: la existencia de los sexos y las normas de poder subordinación que rigen sus relaciones. Observa el sexismo y androcentrismo de la ciencia - producto de aquellas situación de relaciones de poder de lo masculino-, y se marca objetivos y preguntas de investigación encaminadas a desvelar ese androcentrismo y sus causas. En esto, la epistemología feminista es singular con respecto a las anteriores. Y, por último, se suma a las epistemologías críticas con la ciencia moderna, en el sentido de no creer en la neutralidad de la ciencia y en la objetividad del investigador. El sujeto investigador sesga las preguntas, las hipótesis y la observación de los resultados, porque es un sujeto y, por definición, no objetivo. La epistemología feminista declina además este sesgo en relación al sexo del investigador o investigadora (Evelyn Fox Keller, 1985; Sandra Harding, 1993; Marcela Lagarde, 1996).

Así, los objetivos de investigación incluyen9:

-Desvelar y cuestiona la lógica binaria de las díadas:

-hombre/mujer,

-femenino/masculino;

-activo/pasivo;

-público/privado;

-raciona1Jemocional y su jerarquía social desvalorizando los lados femeninos de las díadas.

Desvelar y cuestionar:

-la exclusión,

-el silenciamiento y omisión,

-el tratamiento sesgado,

-la devaluación,

-la discriminación,

-y la subordinación de lo femenino y de las mujeres mismas.

Desvelar y cuestionar:

-las premisas biologicistas de las características y diferencias entre hombres y mujeres,

-las premisas esencialistas, que ligan los hechos de ser mujer a la biología (el sexo) y no a la construcción cultural (el género)

-las premisas universalistas, que suponen una identidad igual para la mujer y todas las mujeres.

Los estudios feministas han hecho una crítica epistemológica del saber que se inserta en la crítica a la Ciencia Moderna. Fox Keller dice que se han producido dos omisiones notables en la mayoría de los estudios sociales de la ciencia. La primera es que ha sido realizada por una fracción de la raza humana, los hombres - sobre todo blancos y de clase media-. Y la segunda que «se han ignorado la influencia de las fuerzas que actúan en la psyque humana individual». Con ello se sueña con una «neutralidad científica» que no existe, ya que lo observado esta fuertemente mediatizado por estas omisiones.

Las preguntas que plantea Gloria Bonder (2006), para cuestionar a qué obedece una producción científica:

-¿Quién habla en la teoría? El sujeto y desde su sexo. No hay neutralidad.

-¿Bajo qué condiciones sociales, económicas y políticas? Visibilizar la diferencia sexual y la condición subordinada de las mujeres.

-¿Para quién? Al servicio de la reproducción de las condiciones masculinas dominantes.

-¿Cómo circula el conocimiento? Marginalidad e invisibilidad de lo femenino

-¿Cómo es usado en el marco de las relaciones asimétricas? Reproducción de las condiciones de mantenimiento de la relación de poder.

Ahora bien, estos fundamentos epistemológicos se han ido construyendo paulatinamente y se han aplicado de forma variada por las propias feministas. Sandra Harding ha definido tres posiciones epistemológicas feministas practicables, que cuestionan la ciencia en distinto grado. Son el empirismo feminista, punto de vista feminista y postmodernismo feminista.

Harding (1993) describe el empirismo feminista como aquel que «sostiene que el sexismo y el androcentrismo constituyen sesgos sociales corregibles mediante estricta adhesión a las normas metodológicas vigentes de la investigación científica». La perspectiva de las investigadoras puede ampliar el modo en que son vistos los fenómenos, pero siempre dentro de los mismos métodos. Supone que se trata de que haya más mujeres científicas ya que es más probable «que sean ellas y no los hombres las que se percaten del sesgo androcéntrico». El problema no es la ciencia sino la ciencia mal hecha, «la mala ciencia», y se trata de reformarla.

En el campo de salud, esta posición es la que subyace en las investigaciones epidemiológicas sujetas fielmente al método científico empirista (positivista), sobre morbilidad diferencial por sexos, cuando su objetivo es cuantificar por métodos estadísticos la prevalencia o incidencia de determinadas enfermedades en cada sexo. O las que miden el sesgo de género en la atención en servicios sanitarios, cuantificando el distinto esfuerzo diagnóstico o terapéutico que se realiza para cada sexo en diferentes cuadros clínicos. Estos son una amplia gama de Estudios de las Mujeres y de Género, que están proporcionando abundante información sobre los sesgos androcéntricos invisibilizados hasta el momento. Está proporcionando conocimiento que permanecía oculto, sobre las distintas formas de enfermar de hombres y mujeres y la distinta forma de ser atendidos en los servicios, y lo está pudiendo poner en valor en el ámbito científico donde son más fáciles de aceptar ya que utilizan los métodos validados por la misma ciencia.

Sandra Harding dice que, si bien una de las bondades de esta posición empirista es que no violenta el paradigma científico hegemónico, por lo que puede ser fácilmente aceptado, la posición está limitada porque no cuestiona el sesgo androcéntrico que se sitúa en la selección misma de los problemas a investigar y del tipo de preguntas sobre este problema. Por ejemplo, cuando los estudios epidemiológicos se plantean sobre problemas de salud que afectan a los hombres (volcar esfuerzos y recursos sobre el cáncer de próstata, problemas urológicos...) y no a las mujeres; o que no tienen ningún significado potencial para desvelar posiciones de poder de los hombres o desventaja de las mujeres (infecciones intestinales o respiratorias...). Es muy notable la diferente elección de patologías a estudiar que realizan investigadores sin perspectiva feminista, de las que realizan investigadoras feministas, que siempre tendrán algún significado potencial en relación al sexo.

La siguiente posición, el punto de vista feminista. Se basa en los mismos supuestos que pensaban Marx y Engels, respecto a que el punto de vista del proletariado, los oprimidos, no estaría contaminado por el poder y, por tanto, podría producir conocimientos más `verdaderos' sobre la realidad, basándose en su experiencia

vivida. Es un traslado de este pensamiento marxista, pensando que las mujeres, como oprimidas, tendrán un punto de vista diferente del de los hombres contaminados por su posición de poder. Apoyándose en la experiencia vivida por las mujeres, se puede producir un conocimiento más cercano a su realidad (Jane Flax, 1990). Harding resumen que el punto de vista feminista «sostiene que la posición dominante de los hombres en la vida social se traduce en un conocimiento parcial y perverso, mientras que la posición subyugada de las mujeres abre la posibilidad de un conocimiento más completo y menos perverso».

lia producción de salud desde esta posición se caracteriza por estudios epidemiológicos o ensayos clínicos, pero que se plantean previamente la relevancia del problema a estudiar para las mujeres o para las relaciones de género. Por ejemplo, cuando se estudia la influencia de factores psicosociales relevantes para las mujeres, como la doble jornada laboral, o la sujeción al cuidado personal y afectivo de personas significativas. Estos factores son significativos desde la experiencia de las mujeres en su posición social determinada por el género, y por tanto, observarlas se debe a estar manteniendo un punto de vista feminista sobre el problema. No mantenerlo sería, por ejemplo, elegir a estudio factores de riesgo de los clásico estilos de vida - como consumo de tabaco, alcohol y ejercicio-, que no son factores sensibles a la experiencia de las mujeres o significativos de género, ya que no son los factores que más afectan a las mujeres, sino a los hombres. Así, el punto de vista feminista se ha de notar en los aspectos del problema que el sujeto investigador es capaza de visibilizar y plantearse. Si no tiene en cuenta cómo las mujeres experimentan el mundo y sus potenciales relaciones de subordinación y exclusión social (que proporciona la visión feminista), no entrarán en sus preguntas e hipótesis esos factores potencialmente generadores de otro conocimiento.

Esta línea está produciendo Estudios de las Mujeres y de Género que también pueden ser bien aceptados metodológicamente por la ciencia hegemónica, ya que sigue utilizando sus métodos sin apartarse demasiado del positivismo, aunque se añaden ya algunos métodos de investigación cualitativa (interpretativa), sujetos a marcos teóricos ya constructivistas, como única forma de explorar la experiencia vivida. Estos métodos, no sin dificultades, están empezando a encontrar un cierto reconocimiento en el ámbito de la Ciencia Moderna, siempre que conserven matices positivistas, es decir, siempre que finalmente se encuentre algo que medir. Pero, de todos modos encuentra más dificultades de aceptación que el empirismo feminista, ya que requiere visibilizar aspectos de la salud y la enfermedad que pueden no ser considerados relevantes, objetivos y mensurables.

El punto de vista feminista no se apoya en que las investigadoras mujeres, por serlo, van a hacer mejor ciencia (como en el empirismo) sino que investigue un hombre o una mujer, de lo que se trata es de que reconozca que la experiencia de las mujeres tiene un valor distinto a la de los hombres y que esta se produce bajo la situación de la dominación social masculina, supuestos epistemológicos feministas que no son siempre fácilmente aceptados. Por ejemplo, si se enfrenta a clínicos con la evidencia encontrada de que se realizan menores esfuerzos diagnósticos y

terapéuticos en los casos de mujeres con igual sintomatología que hombres, las explicaciones del saber científicamente respaldado más inmediata es que la objetividad y neutralidad de la mirada médica no puede cuestionarse y que ese sesgo se deberá a que las mujeres tienen una evolución biológica distinta de su padecimiento, o presentan síntomas diferentes, o los manifiestan de otra forma. Sin embargo, el punto de vista feminista no duda en plantear que la explicación del sesgo se encuentra en la desvalorización de las mujeres y de su sufrimiento, inmersas en una sociedad estructurada con relaciones de poder que se perpetúa mediante estereotipos mantenidos también por médicos y médicas en su práctica clínica. Estereotipos que les resulta muy difícil descubrir.

Las limitaciones de la posición epistemológica del punto de vista feminista, han sido ampliamente discutidas. Dice Harding:

> ¿Puede haber un punto de vista feminista cuando la experiencia social de las mujeres (o de las feministas) está dividida por la clase social, la raza y la cultura? ¿Acaso debe de haber puntos de vista feministas negros y blancos, de clase trabajadora o de clase profesional, norteamericanos y nigerianos? Este tipo de consideración nos lleva al escepticismo posmodernista (1993, pág. 25).

Y la tercera posición el posmodernismo feminista es mantenida por las feministas que se mueven en el pensamiento estructuralista, postestructuralista y psicoanalítico. Es un giro más sobre la posición anterior a la que critican por permanecer sujeta a la Ciencia Moderna que cree en las verdades universales, la realidad, el progreso, la objetividad y neutralidad científica. Es la limitación que expresa la propia Sandra Harding, que aunque se declara en este punto de vista feminista, señala la existencia de múltiples identidades socialmente construidas en la sociedad contemporánea, que producen experiencias vividas múltiples y diversas, y que impiden concluir una `verdad' sobre lo que les ocurre a las mujeres (todas las mujeres) como si hubiera una identidad única y universal. Esta es la objeción que desarrolla Jane Flax (1990) que se sitúa en esta tercera posición. Dice Flax10 que la posición epistemológica posmoderna «mantiene que la mente, el yo y el conocimiento están constituidos por la sociedad y lo que podemos saber depende de nuestras prácticas y contextos sociales». Critica el punto de vista feminista por basarse en que la experiencia de las mujeres oprimidas es más verdadera, y en que considera uniforme la experiencia de los hombres, por una parte, y uniforme la experiencia de todas las mujeres, ignorando que entre las mujeres también las hay que tiene experiencias de poder sobre otras mujeres de otras clases sociales o de otras etnias. Flax objeta la posición de Sandra Harding que con el punto de vista feminista intenta mantenerse dentro del discurso de la ciencia y confiar en que dé frutos. Mientras que ella, desde una posición postmoderna, considera que:

> ... aunque la obra de las teóricas feministas se ha vuelto cada vez más variada y compleja, siguen siendo válidas nuestras reclamaciones acerca del carácter central de las relaciones de género en la constitución del yo, el conocimiento y el poder, y la asimetría de esas relaciones y sus muchas consecuencias, y

merecen mayor investigación» (1990, pág. 246).

Esta posición incorpora marcos conceptuales sobre la subjetividad, su construcción social, y los conceptos estructuralistas de sistema sexo/género, roles y relaciones de género y poder, organización y división sexual del trabajo, estructuras familiares y crianza de hijos/as, identidades sexuales y de género, y todo ello según la experiencia social diversa de las identidades socialmente construidas según clase social, etnia, cultura, orientación sexual.. .Todos ellos son conceptos que han de investigarse con métodos constructivistas, interaccionistas y relacionados con el análisis del discurso y también bajo epistemología psicoanalítica, todos cualitativos.

La producción en el área de conocimiento de salud dentro de esta posición epistemológica es bastante más complicada, y muestra dificultades de aceptación por el paradigma biomédico y el positivismo. Los marcos teóricos posmoderno (estructuralismo, psicoanálisis y postestucturalismo) producen desconfianza y hasta temor en el ámbito médico. Sin embargo, aún así, en la última década se abren camino investigaciones protegidas bajo la insignia del enfoque de género en salud, que están produciendo conocimiento nuevo sobre cómo todos esos conceptos y factores mencionados influyen en las formas de enfermar de mujeres, y también de los hombres.

Las tres posiciones epistemológicas descritas, que aplican en distinto grado los fundamentos feministas, y sobre todo responden a distintos marcos teóricos, son necesarias en la actualidad. El conocimiento, en realidad incipiente, sobre salud y género precisa de obtener resultados en todos los campos, y cada investigadora o investigador puede llegar hasta donde se lo permitan sus medios, sus fuerzas y, desde luego, el marco teórico del que disponga.

2.2.1. Estudios de la Mujer, de las Mujeres, Feministas y de Género

En los años 60, la teoría y epistemología feminista se incorpora como instrumento de producción de conocimiento y aparecen los Estudios de las Mujeres, Women's Studies, con origen en Estados Unidos, que agrupaban líneas universitarias de estudio e investigación y se generalizaron en los años 70.

Se les ha ido llamando `estudios de la mujer', `estudios de las mujeres', `estudios feministas', `estudios de género'. Cada una de estas nominaciones incluye una inflexión conceptual y metodológica (Gloria Comesaña, 1998; Isabel Martínez Benlloch, 2000).

Nominar estudios de «la Mujer», supone una posición esencialista, como si existiera una forma de ser mujer universal y única, lo que remitiría a un determinismo ligado al sexo. Cuando se utiliza `mujeres' y no `mujer' es porque se incluye una de las aportaciones epistemológicas feminista evolucionada al constructivismo: la condición femenina no está determinada y definida por su sexo, las mujeres son diversas y cambiantes, sujetas a la construcción cultural y social y no existe una

definición universal. Usar el término `la Mujer' resulta adherido al feminismo liberal, y `las Mujeres' a desarrollos feministas constructivistas posteriores.

En los años 80, el concepto de género fertiliza los Estudios de las Mujeres, proporcionando una categoría de análisis - el género - que permite volver a observar las formas de enfermar de mujeres y hombres y encontrar explicaciones de las diferencias que no están ligadas a la variable sexo, si no a las formas de vida y condicionantes sociales de los sexos. Los Estudios de las Mujeres, que permanecían marginales, externos a la corriente principal del conocimiento en las distintas áreas, encuentran con el concepto de género un hueco de salida por el que empiezan a ser visibles. Los Estudios de Género alcanzan rápidamente reconocimiento y son mucho mejor aceptados en los medios académicos, de lo que habían sido los estudios bajo las insignias feministas". La categoría de género ha sido un resultado de la teoría feminista y de los Estudios de las Mujeres (Gloria Comesaña, 1998), así que se trata de estudios sobre las mujeres que incorporan la epistemología feminista para estudiar la construcción histórica de las diferencias jerárquicas entre hombres y mujeres con el instrumento conceptual del género.

Uno de los caminos por los que el género es incorporado al ámbito de salud es a través de la sociología médica y la antropología. Aporta una nueva visión sobre la identidad sexual, que no era más que una variable de base biológica inmutable; identidad de género ahora, que es una identidad socialmente construida y que varía con los cambios sociales y las culturas. En ambas áreas de pensamiento se produce el transito del sexo al género (Marie Thurén Britt, 1992; Kate Hunt y Ellen Annandale, 1999) investigadoras del campo feminista bien integradas en sus áreas de conocimiento y que han sido el vehículo con el que el concepto de género se ha extendido por las distintas disciplinas en el mundo académico primero, y en el institucional y profesional, después.

Algunas autoras, como Marcela Lagarde (1996), consideran la existencia de una teoría de género (que abarcaría categorías, hipótesis, interpretaciones y conocimientos sobre el conjunto de los fenómenos construidos en torno al sexo). Pero por lo general, aún se mantiene que el género es una categoría conceptual perteneciente a la teoría feminista.

Existe también una línea crítica que está percibiendo la pérdida del marco conceptual feminista en una parte de los llamados estudios de género. Alertan del uso del género sólo como un instrumento técnico para visualizar diferencias entre los sexos, pero omitiendo dos componentes: por un lado, la búsqueda de condicionantes socioculturales de género que determinen las diferencias y, por tanto, observándolas aparentemente relacionadas con la diferencia biológica, perdiendo la autentica capacidad explicativa del género como construcción cultural; y por otra parte, no analizan las relaciones asimétricas, jerárquicas y de poder entre hombre y mujeres. Se describen los fenómenos por sexos, llamándoles diferencias de género - sustituyendo simplemente la palabra sexo por género-, pero sin ir más allá a analizar y buscar la explicación de estas diferencias en las relaciones jerárquicas entre los sexos. En esta

línea crítica con una tecnología del género se propone hablar de nuevo de `Estudios Feministas de las Mujeres y de Género', para que los estudios de género contengan la epistemología feminista de la que proceden y no se invisibilice de nuevo a las mujeres tras el término `género', suponiendo una simetría inexistente entre ambos sexos12.

Capítulo 3

Intersección entre teorías de la salud y teoría feminista

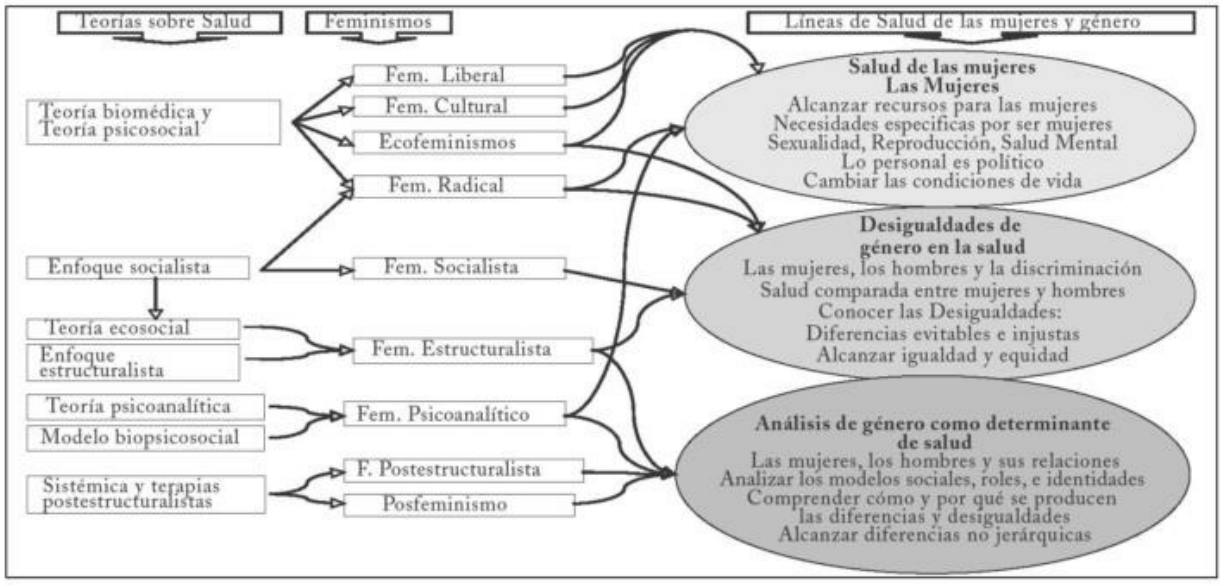
Las aportaciones a los modelos de atención a la salud de las distintas corrientes feministas, han ido haciendo intersección con los desarrollos de las teorías sobre la salud. Se pueden reconocer tres líneas sucesivas que han cuajado en modelos de programación, intervención e investigación en salud. Empiezan con la emergencia del movimiento de Salud de las Mujeres, en los años 70, y esta es la primera línea que puede considerarse pre-género, que continúa vigente en la actualidad.

La segunda línea, incluye ya el concepto de género e incorpora las desigualdades de género en la salud.

Y una tercera línea que incorpora el análisis del género como factor determinante de salud y enfermedad, tanto por factores sociales de género, como por factores subjetivos e identidades de género.

En el Esquema 2 se relacionan las teorías de salud y feministas precursoras de cada línea.

ESQUEMA 2.-Teorías precursoras de las tres líneas de género y salud



3.1. SALUD DE LAS MUJERES

> Terapia significa que alguien está enfermo y esto es una cura, verbi gracia, una solución personal. Yo me siento muy ofendida de que se piense que yo, o cualquier otra mujer, necesita terapia en primer lugar. ¡Las mujeres están en un aprieto, no perturbadas! Nosotras necesitamos un cambio de condiciones objetivas, no adaptarnos a

ellas. La terapia es adaptarte a tu mala alternativa personal.

CAROL HANISCH, 1968.

El movimiento de Salud de las Mujeres es iniciado en el feminismo liberal y, sobre todo, el radical. Pero va recibiendo, desde los 70 hasta los 90, las influencias de prácticamente todas las corrientes de pensamiento coetáneas. Podemos decir que encuentra su límite en el nacimiento del concepto de género y el postestructuralismo, con los que se producirá un cambio teórico, estratégico y metodológico. A partir de esa inflexión veremos que dará lugar a las dos siguientes líneas: desigualdades de género y análisis de determinantes de género.

Las ideas que se manejan en la línea de salud de las mujeres de primera época -conectada con el feminismo liberal-, sobre la forma de alcanzar salud, son a través de la liberación y cambio personal, la igualdad de oportunidades y por la emancipación de funciones maternales, separando la sexualidad de la reproducción para que la maternidad pueda ser libremente elegida.

En líneas generales, las teorías precursoras y con las que congenia la primera línea de salud de las mujeres son la biomédica y psicosocial. Se considera que las necesidades diferentes de las mujeres están relacionadas con la biología, ya que aún no se cuestiona la determinación biológica del sexo. Por ello, el concepto de enfermedad se moverá dentro del paradigma biomédico. Se utilizan los conceptos de la teoría psicosocial - estilos de vida-, promoviendo que las mujeres sean activas, controlen sus hábitos y se protejan de los tóxicos. Usan el modelo del estrés para comprender los efectos de la sobrecarga cotidiana. Y piensan en la maternidad o la menopausia como procesos del ciclo vital que pueden generar conflictos y estrés.

Poco a poco la línea se complejiza con los aportes de sucesivas corrientes feministas. Se servirá de la teoría psicoanalítica para acceder a una teoría de la subjetividad que permita comprender lo que ocurre en la identidad femenina.

Bajo la égida del feminismo radical, el Movimiento de Salud de las Mujeres tendrá un fuerte componente de lucha contra la enajenación del poder médico, considerando que el saber y el rol que representa el médico en la clínica, son lo que da ese poder. Ello está en conexión con la crítica del enfoque estructuralista, cuya cuestión principal es el cuestionamiento del poder. Además cuestiona la patologización y medicalización de la vida y la iatrogenia, que es especialmente importante para las mujeres en el embarazo, parto y postparto y en su malestar mental.

En la Tabla 6 se sintetizan los contenidos y sus teorías precursoras.

TABLA 6.-Bases conceptuales de la línea de Salud de las Mujeres (pre-género

Contenidos y teorías precursoras
Conceptos de salud
Feminismo liberal primero: — Liberación y cambio personal. Igualdad de oportunidades (Feminismo liberal). — Emancipación de funciones maternales (libre elección) y los roles de feminidad tradicional y de la violencia (F. radical). — Las diferentes necesidades de las mujeres están relacionadas con la biología (Teoría biomédica). — Estilos de vida, modelo del estrés y ciclo vital. Factores psicosociales (T. psicosocial). Feminismo radical después: -Las mujeres están en un aprieto, no perturbadas. Las condiciones patriarcales de vida son la causa del desequilibrio salud/enfermedad. Cambio colectivo (político) no sólo personal. — Subjetividad, identidad y significado de la experiencia vivida (T. Psicoanalítica). — Crítica a la patologización y medicalización de la vida y la iatrogenia (Enfoque estructuralista).
Objetivos
— Cambiar las situaciones de desventaja de las mujeres debidas a los aspectos derivados de su biología (maternidad, aborto, anticoncepción, ciclos biológicos,…) (F. liberal). — Cambiar las condiciones de vida social y familiar opresoras. (Marxismo y F. radical) — Conseguir autonomía, liberación y emancipación de las mujeres. Liberación de las funciones reproductoras y liberación sexual (F. radical). — Conseguir recursos autogestionarios y empoderamiento colectivo e individual. Visibilizar la vulnerabilidad y enfermedades de las mujeres (Movimiento salud comunitaria y F. radical).
Temas tratados
— Sexualidad, ginecología alternativa, anticoncepción, aborto, atención consciente a maternidad, embarazo, parto, lactancia, menopausia. Violencia contra las mujeres y abuso sexual, mutilación genital, tráfico de mujeres. — Revalorización del embarazo y parto desmedicalizados y en casa. Lactancia materna (Ecofeminismo clásico). — Infecciones de transmisión sexual, sida, reproducción asistida, relaciones lésbicas. (F. radical) — Protección de exposición a tóxicos y estilos de vida. (T. psicosocial) — Morbilidad diferencial femenina y salud ambiental (T. psicosocial). — Salud mental y modos de vida cotidiana y exclusión social:«La otra salud mental» Cuerpo teórico sobre subjetividad y significados subjetivos de la feminidad (F. radical y psicoanalítico). Psicología femenina (F. Cultural).
Métodos de atención
— Saber es poder. Acceso al saber compartiendo la experiencia entre mujeres. Oposición a la relación de poder médico. — Movimiento de autoconciencia, autoayuda y apoyo mutuo. Grupos de mujeres. Estructuras de atención no jerárquicas (F. radical). — Ginecología autogestionaria entre mujeres con métodos alternativos (Ecofeminismo clásico). — Espacio-entre-mujeres (F. Cultural). — Salud mental: evitar sexismo desvalorizador del terapeuta. No adaptación, sino cambio de la feminidad tradicional. No culpabilización de la mujer como 'madre psicopatógena'. Activación, autoestima y empoderamiento. Grupos de mujeres.

Contenidos y teorías precursoras
Fortalezas
— Se ha incorporado la atención a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres, compatibles con la atención biomédica a través de los Programas de la Mujer. — El modelo de atención en planificación Familiar y la Red de Centros se ha incluido en el sistema de atención primaria. — Los Grupos de Mujeres siguen siendo un método altamente válido para las necesidades de salud de las mujeres. — Consigue introducir la sensibilidad hacia las necesidades de autonomía, autoestima y empoderamiento en las políticas de salud.
Limitaciones
— No cuestiona que la diferencia de los sexos sea biológica. Marco teórico biológico. — No incorpora aún el concepto de género para explicar la salud, ni para producir saber sobre salud/enfermedad o desarrollar acciones para la salud. — No interviene en la estructura asimétrica de poder entre los sexos. — Sufre cierto rechazo académico por su ascendencia de movimiento ideológico.

• Sexualidad, anticoncepción, embarazo, parto, puerperio y menopausia.

Un texto de la mayor repercusión fue Nuestros cuerpos, Nuestras vidas, del Colectivo del Libro de las Mujeres de Boston (1971). Se puede tomar como trazador de los conocimientos producidos en el marco del movimiento de salud de las mujeres'. En el libro se refleja cómo en los años 70 la estrategia era el acceso de las mujeres al saber médico para autogestionar sus propios cuidados bajo la máxima de Saber es Poder. Se promueve rebelarse contra el poder médico utilizando el propio saber de las mujeres para evitar ser manipuladas y subordinadas a ese poder ejercido en las consultas. Se explora la forma de detectar las propias actitudes sexistas en el interior de la experiencia de las propias mujeres, empezando por cambiar aquellos valores sexistas. Se explora y aprende sobre la anatomía y fisiología sexual, el placer y la sexualidad femenina, anticoncepción, aborto, embarazo, parto, puerperio, lactancia y menopausia, prevención y tratamiento de infecciones genitales y cáncer ginecológico.

En la edición española de 1982, se suma la corriente, entonces incipiente en España, de parir en casa y en centros especiales que desmedicalizan el parto, donde las mujeres y sus parejas puedan apropiarse de la vivencia del nacimiento. Todo ello es explorado desde la experiencia de las propias mujeres.

Una amenaza lateral para los programas y acciones de Salud de la Mujer, ha sido siempre vigilada desde los criterios feministas. Ha sido la óptica demográfica desarrollista que intenta modular la disponibilidad de los anticonceptivos y el aborto, en función de políticas pro-natalistas o de control de la natalidad, según las necesidades demográficas del momento y que coloca a las mujeres como objeto de las necesidades sociales. Este modo de control fue muy activamente rechazado en los años 70.

• Violencia contra las mujeres, abuso sexual y estilos de vida.

Se ocupan también de las experiencias de violencia, especialmente de la violación y desarrollaron métodos de defensa personal. Ya en los años 2000 se desarrollará mucho el trabajo sobre los malos tratos hacia las mujeres y otras formas de violencia, como la mutilación genial femenina o el tráfico de mujeres.

Se explora, aunque débilmente en los primeros años, cómo mejorar los estilos de vida, en cuanto a nutrición, descanso, actividad y consumo de tóxicos, en continuidad con la teoría psicosocial del momento. En todos los temas, el aumento de la activación de las mujeres, el aumento de la autoestima y el empoderamiento son los principios guía.

- Medicalización, enfermedades de transmisión sexual, sida, infertilidad y reproducción asistida, terapia hormonal sustitutiva, envejecimiento, lesbianismo.

En un segundo tiempo, en el año 2000, se pueden seguir los avances trazados por la segunda edición en España de Nuestros cuerpos, nuestras vidas (2000). Como decía Mabel Burin, si en los 80 nos ocupábamos de la sexualidad, la anticoncepción, el aborto y la maternidad, en los 2000 los temas que nos ocupan son la violencia contra las mujeres, la reproducción asistida y los problemas con la imagen corporal. Estos son temas nuevos que aparecen ahora en el libro junto con las infecciones de transmisión sexual y el sida; el envejecimiento y sus problemas asociados. Las relaciones lésbicas, que en la edición de 1971 eran brevemente tratadas emboscadas bajo términos ambiguos como amor entre las mujeres, ocupan ahora un amplio espacio.

Además, la línea de Salud de las Mujeres se permeabiliza a los fundamentos de la crítica política estructuralista en salud, incorporando la corriente en contra de la patologización y medicalización de la vida. Las mujeres están especialmente expuestas a la medicalización de los procesos de su ciclo vital, como el embarazo, el parto y el postparto, la tristeza o depresión postparto y también la menopausia. Durante los años 90 se ha sufrido un espectacular proceso de medicalización de la menopausia con la extensión de la terapia hormonal sustitutiva (THS), a pesar de la crítica mantenida desde el ámbito de Salud de las Mujeres que no pudo frenar su uso masivo. Las evidencias sobre la bondad de la THS, son revertidas en 2004 por la propia Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios por contra-evidencias que demostraron que no producía los beneficios esperados y además causaba efectos adversos más graves que los malestares que pretendía paliar (estudios de Women's Health lnitiative Trial, 2002 y Million Women Study, 2003), retirándose su uso masivo. Actualmente se mantiene activa esta línea en contra de la medicalización del cuerpo de las mujeres, porque sigue apareciendo como una estrategia principal de la ginecología y la obstetricia. La comercialización de una píldora anticonceptiva de uso continuo que suprime la regla durante meses, criticado por Carme Valls-Llobet (2007); o la reciente comercialización de la vacuna contra el virus del papiloma humano cuyo uso avanza a pesar de las peticiones de moratoria, criticado por Carlos Alvarez-Dardet (2007) o un nuevo parche dérmico de testosterona para aumentar el deseo sexual de las mujeres, criticado por Marian Uría

(2007), son ejemplos del presente. La línea guía que se mantiene ante estas amenazas es la de evitar la objetalización del cuerpo de las mujeres, privándolas del control de su propio cuerpo.

• Salud ambiental y morbilidad diferencial femenina

Una evolución importante, que se puede inscribir en esta línea de Salud de las Mujeres es el estudio de la morbilidad diferencial femenina, no sólo aquella morbilidad debida a la fisiología femenina (ciclo hormonal, menstruación, reproducción), sino también de enfermedades de patología general y son aquellas que proceden de una mayor vulnerabilidad biológica de las mujeres, algunas debidas a la mayor acumulación de tóxicos ambientales en el organismo femenino (Carme Valls-Llobet, 1990, 2000 y 2006).

• «La otra salud mental» y subjetividad e identidad femenina

El campo de la salud mental, fue el segundo aspecto de salud, junto a los problemas sexuales y reproductivos, en el que se produjeron alternativas consistentes. Ya Betty Friedan en 1963 (feminismo liberal), llamó `el problema que no tiene nombre' al malestar psicológico que explicó ampliamente como un problema procedente de vivir bajo la mística de la feminidad.

En los años sucesivos, bajo las aportaciones del feminismo radical, psiquiatras y psicólogas, se apoyan en las evidencias que estaban encontrando en los Estudios de las Mujeres (Women's Studies) sobre factores determinantes del contexto social y adjudicaban un papel central en la salud mental de las mujeres a la socialización patriarcal (Jessie Bernard, Naomi Weisstein y Pauline Bart, 1971). En la cultura patriarcal, a las mujeres se las llamaba locas y se las diagnosticaba de mentalmente perturbadas cuando no cumplían con roles tradicionales, como las tareas domésticas, el cuidado de las hijas e hijos y el marido, y también cuando eran sexualmente activas, particularmente con otras mujeres, y también se las llamaba locas si cumplían los roles de forma exagerada (Phyllis Chesler, 1972).

En definitiva, se descubre la certeza de que la mala salud mental se debe a la vivencia de la feminidad tradicional y el modo de vida que impone (Jeanne Marecek y Diane Kravetz, 1977; Carmen Sáez Buenaventura, 1979 y 1988; Regina Rodríguez (eds.), 1990).

Dicen Jeanne Marecek y Diane Kravetz:

> ... las ideas tradicionales sobre las mujeres y la feminidad dañan su bienestar psicológico. (...) Confinar a las mujeres en los roles sexuales estereotipados puede conducir a la depresión, la culpabilidad, la apatía y otras conductas autodestructivas. (...) Los estudios epidemiológicos y sociológicos demuestran que la(s) situación (es) social(es) de las mujeres juegan un papel determinante en su salud psicológica (1977, págs. 203 y 205).

En 1988, se materializa el encuentro entre clínicas, psiquiatras, psicoanalistas, sociólogas... que confluyen en llamar «la otra salud mental» al «malestar de las mujeres» debido al sufrimiento en su vida cotidiana (Regina Rodríguez (ed.), 1990). A partir de ese momento importante en la trayectoria del conocimiento sobre salud mental de las mujeres, habiéndose producido la convergencia entre feminismo, psicoanálisis y otras corrientes `psi', se multiplicarán estudios y desarrollos sobre la construcción de la subjetividad y la contribución de los conflictos de la identidad femenina, los ideales de maternidad y los cambios en la sexualidad y las relaciones con los hombres, a la salud mental (y física) de las mujeres.

Se concibe la salud mental de las mujeres como un continuum de la feminidad misma y sus conflictos y exigencias, como lo plantea M.a Asunción González de Chávez:

> ... en algunos aspectos y experiencias claves de la identidad femenina, no existe una neta línea divisoria entre mujeres sanas y enfermas, sino, más bien, una línea curva difusa que alcanza sus puntos extremos en mujeres llamadas sanas y enfermas... (1992, pág. 20).

Emilce Dio (2001) va más allá y señala la similitud de las características de la feminidad tradicional con las de la depresión. Es decir, el estado depresivo se solaparía con el ejercicio de la feminidad. Asimismo, apunta a que en los cambios de la feminidad están los recursos mismos para salir de la depresión.

3.1.1. Modelos de atención de salud de las mujeres

En salud mental, se desarrollaron modelos de atención que eran «intentos feministas de cambio» (Jeanne Marecek y Diane Kravetz, 1977). Pusieron el acento en que los y las terapeutas revisaran sus actitudes sexistas y sus roles de poder, realizando terapias no sexistas, que empujaran hacia el cambio, autoestima y autonomía de las mujeres y que no perpetuaran los roles sexuales estereotipados. Un cambio importante era que «no culpabilizaran a las mujeres de los problemas de sus hijos y de toda la desorganización de la vida familiar» (Jeanne Marecek y Diane Kravetz, 1977; Carmen Sáez Buenaventura, 1988; Asunción González de Chávez, 1992), cosa de la que estaba impregnaba la atención psiquiátrica y psicológica por la influencia de las teorías sistémicas de Palo Alto (Bateson, 1984) y de la psicología del Yo, con el concepto de madre psicopatógena, que culpabilizaba y dañaba profundamente a las mujeres.

Desarrollan los grupos de mujeres como método para tratar la depresión y trastornos psicosomáticos, especialmente de amas de casa, alternativa que desarrollaron en España psiquiatras y psicólogas desde el año 1977. Carmen Sáez Buenaventura (1988), psiquiatra que trabajó en estos grupos durante años, describe así sus resultados:

-Creación de una conciencia de que la mujer-paciente es un individuo con

características propias y forma parte del colectivo familiar y social.

-Inicio o aumento de la autoestima y de la valía personal como sujeto.

-Percepción de una misma y de las otras mujeres como sujetos válidos e interesantes.

-Aumento de autonomía y decisión personales.

-Relativizar las tareas domésticas como únicas y primordiales tareas.

-Distancia de lo doméstico e inicio de relaciones sociales fuera de casa.

-Facilitación de relaciones conyugales y madre-hijos/as.

-Desmedicalizar, despsicologizar y/o desssiquiatrizar el concepto de enfermedad (1988, págs. 97 y 98).

El mayor impacto en las prácticas de atención, además de las del área de salud mental, fueron en los centros de planificación familiar. El conjunto del cuerpo de conocimientos autogestionarios sobre salud sexual, anticoncepción y reproducción, nutrió el trabajo de los centros de planificación familiar que fueron producto del Movimiento de Salud de las Mujeres en los años 70 y 80 y que se extendieron por Estados Unidos y algunos países europeos y de Latinoamérica. Procuraban todos los métodos posibles que pudieran ser gestionados por ellas mismas y que sirvieran para el autoconocimiento y la autonomía. Así, métodos de autoexamen mamario y ginecológico para autoconocimiento del propio cuerpo y que, a veces, incluía la observación y extracción de la menstruación y de abortos muy tempranos; también grupos de autoayuda y discusión sobre sexualidad y salud.

Los grupos de mujeres son un instrumento privilegiado de promoción y cuidados de salud que, por ejemplo en España, perviven aún en los servicios sanitarios. Continúan existiendo de forma espontánea porque en ellos siguen desembocando determinadas profesionales sanitarias cuando se plantean cómo trabajar con las mujeres de manera que se puedan cambiar sus modos de vida generadores de enfermedad y producir ideas y modelos de vida alternativos y transmisión de experiencia, aunque no son una prestación reconocida por el sistema sanitario Z.

Los centros de planificación familiar eran creados y gestionados por mujeres. Funcionaron con un modelo de atención participativo, no moralizante y que promovía la búsqueda de autonomía y autoestima de las mujeres y la liberación de las cargas de la maternidad que estaba obligadamente unida a la sexualidad y accedían al conocimiento al compartir la experiencia de las mujeres. Se procuraba que en la consulta fueran médicas y se realizaban otras actividades como charlas y grupos de mujeres, reflexión sobre sexualidad y de autoexamen ginecológico. Proporcionaban recursos no ofrecidos por el sistema, ya que los anticonceptivos y el aborto voluntario eran ilegales. La actividad reivindicativa de los centros consiguió su legalización.

Mari Luz Esteban (1994 y 200la) ha recuperado la historia de los centros de planificación familiar en España y dice que la labor de las feministas en la práctica asistencial sanitaria fue singularmente innovadora ya que han sido «los únicos centros del sistema sanitario identificados por las mujeres como propios» (2001a, pág. 199).

Las redes de centros creadas, así como el modelo mismo de atención, fueron absorbidos por los sistemas sanitarios en los años 90. Al mismo tiempo, se fueron incorporando en la planificación sanitaria los Programas de Salud de la Mujer, en los que se materializaba, y sigue así en la actualidad, la atención a aquellas necesidades de salud reivindicadas en su momento. Por lo general, los llamados Programas de la Mujer dentro de esta línea, cuando no han incorporado el concepto de género, siguen restringiéndose a las necesidades de la esfera reproductiva y del climaterio, pero son pieza obligada en los programas de salud y en las carteras de servicios sanitarios.

Los métodos de investigación de que se han servido los Estudios de las Mujeres en esta línea han sido compatibles con métodos positivistas, aunque desde la epistemología feminista y desde la posición epistemológica del empirismo y punto de vista feminista, tratando de producir conocimiento y visibilizar las necesidades específicas de las mujeres dentro de los métodos de la ciencia hegemónica (Ver Capítulo 2 sobre componentes y posiciones de la epistemología feminista).

3.1.2. Vigencia y limitaciones

En el momento actual, la línea de Salud de las Mujeres continúa funcionando. Probablemente mientras sigan existiendo necesidades específicas de las mujeres, prestar atención a ellas bajo este enfoque seguirá siendo conveniente.

Las limitaciones de esa línea proceden del techo que alcanza cuando no cuestionan que las diferencias de los sexos en salud sean biológicas. Por ello, tiende a moverse en los aspectos del ciclo vital propios de la mujer (relacionados con la ginecología y la obstetricia, aunque también de la salud mental).

Trata sólo de la salud de las mujeres y no de los hombres, lo cual contribuyó a que los conocimientos y acciones fueran segregados.

Al no contar aún con el concepto de género para explicar la salud, no interviene en la estructura asimétrica de poder entre los sexos. Focaliza las intervenciones en las mujeres, a veces ha generado sobrecarga de responsabilidad sobre ellas, como el suministro de anticoncepción solo a ellas.

Por último, a pesar de que las prácticas de salud del Movimiento de Salud de las Mujeres, han sido aceptadas como contenidos y métodos en los Programas de la Mujer, el cuerpo de conocimientos feministas sobre la salud, ha sufrido y sufre cierto rechazo académico, debido a asociarse a un movimiento ideológico y crítico. De hecho los Estudios de las Mujeres se han difundido y circulan por medios específicos segregados e invisibilizados en la corriente científica hegemónica.

Probablemente el enfoque de género estaba siendo muy necesario para solventar estas limitaciones.

3.2. DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD

> Sólo si identificamos y medimos los problemas de salud de hombres y mujeres, sus determinantes y las fuentes de desigualdades de género podremos proponer soluciones.
>
> IZABELLA ROHLFS, 2000

Se inicia el paso del sexo al género. Se pasa de ocuparse de la salud de las mujeres, a la salud comparada de mujeres y hombres.

Los contenidos de esta línea son desigualdades de género en salud y sesgos de género en la atención sanitaria. Se desarrollan en el campo de los estudios epidemiológicos que proporcionan conocimiento para políticas y programación de salud con los objetivos de igualdad y equidad.

El enfoque de desigualdades de género se inserta en una Salud Pública que está evolucionando sobre la teoría psicosocial y la influencia marxista. Por tanto, por una parte, cuenta con los componentes de la enfermedad de resistencia y adaptabilidad del individuo, la patogenicidad del agente, mejor planteado hoy día como los factores de riesgo, y las condiciones del medio ambiente. Se apoya en el concepto de estilos de vida, modelo del estrés y etapas del ciclo vital. Pero mantiene también incorporados los conceptos de la salud pública socialista, teniendo en cuenta la estructura socioeconómica que condiciona los propios estilos de vida y factores de riesgo y su distribución diferente según clases sociales y relaciones con el trabajo productivo. Las desigualdades sociales son el caballo de batalla.

La siguiente Tabla 7 sintetiza los contenidos.

TABLA 7.-Bases conceptuales de la línea de desigualdades de género en salud

Contenidos y teorías precursoras
CONCEPTOS DE SALUD
— Se relaciona estado de salud con variables del contexto socioeconómico y de género: división sexual del trabajo, condiciones de trabajo productivo y reproductivo, estado civil, edad, clase social (T. socialista y ecosocial. F. marxista).
— Se cuenta con los estilos de vida y mide parte de efectos sobre la salud por el modelo del estrés diferencial por sexos. (T. psicosocial)
OBJETIVOS
— Identificar y medir los problemas de salud de hombres y mujeres, sus factores determinantes y las desigualdades de género.
— Promover políticas y acciones sociosanitarias para la igualdad y equidad en la atención de salud (F. liberal, radical y de la igualdad).

Temas tratados
— Estado de salud de la población comparada entre hombres y mujeres. Desigualdades de género en salud percibida, calidad de vida, estilos de vida, salud mental, enfermedades cardiovasculares, discapacidad, violencia de género…
— Estado de salud relacionado con sexo, edad, clase social, trabajo productivo y reproductivo, múltiples roles, estado civil, nivel educativo.
— Considera sesgos de género e inequidad en la atención (F. radical).
Métodos de atención
— Desarrollo en investigación epidemiológica, Salud Pública y políticas sanitarias. Escasa repercusión en modelos asistenciales.
— Pasa de ocuparse de la salud de las mujeres, a la salud comparada de mujeres y hombres.
— Pasa de usar la variable sexo, a usar la categoría de género como criterio para elección de variables.
Fortalezas
— Desarrollos epidemiológicos concordantes con el positivismo fácilmente aceptables por la ciencia médica hegemónica.
— Proporciona instrumentos y funciona en alianza con la línea política de igualdad de oportunidades plenamente consensuada.
— Ha penetrado las agendas de investigación y políticas.
Limitaciones
— Marco teórico biosocial que excluye los componentes psíquicos de la experiencia vivida.
— No incluyen el estudio de factores psicosociales y modelos de relaciones de género o identidades femenina y masculina.
— No utilizan el concepto de sistema sexo/género para análisis de relaciones y modelos de género.
— Restricción a epistemología positivista.

La progresión de la incorporación del enfoque de género en esta línea es lenta y paulatina. En la práctica, lo primero que se ha extendido es tratar el género como si fuera una variable, en realidad prácticamente equivalente al sexo. En un primer momento han proliferado estudios aparentemente de género, en los que lo único que se hace es desagregar los datos por sexos. Se cuestiona si pueden llamarse estudios de género, pero en cualquier caso han tenido un valor: empezar a desagregar la información por sexos, permitiendo así dar los primeros pasos para visibilizar a las mujeres, sin que queden ocultas bajo el patrón masculino, lo cual ya es un avance importante, aunque con ello no baste para analizar cómo y por qué enferman mujeres u hombres.

• Morbilidad diferencial

Un segundo paso, se produce cuando se describe la morbilidad por sexos pero buscando diferencias que puedan constituir desigualdades de género, es decir, diferencias evitables, innecesarias e injustas debidas a modos de vida de género. Para ello, las variables que se miden han de tener potencial explicativo de género. Han de elegirse variables que afecten a la vida de las mujeres, las cuales pueden ser distintas de las que afectan a la vida de los hombres. Por ejemplo, es ya clásico cómo el estado civil es una variable explicativa de género. Estar casada es un factor de riesgo para las

mujeres y un factor protector para los hombres (Carme Valls-Llobet, 1991). Este factor tiene potencial explicativo de género, ya que su variabilidad por sexos depende de las distintas cargas de trabajo y de los distintos significados de estar casada para hombres y mujeres, debido a la socialización de de género (Ross, 1994; Izabella Rohlfs, 1997). La división sexual del trabajo, con el desempeño de lo doméstico para la mujer casada, conlleva la ausencia de un proyecto propio, de actividad social, de trabajo remunerado, de dependencia, de aislamiento cotidiano en la casa, todo ello contribuye a empeorar su salud (Ingrid Waldron, 1980; Dorothy P.Rice y cols., 1984; Judith Hibbard y cols., 1985).

En definitiva, en esta línea de desigualdades, el cambio ha ido de usar la variable sexo, a usar la categoría de género como criterio para elección de variables explicativas.

• Factores socioeconómicos

Se retoman los Estudios de las Mujeres que investigaban los factores sociales de riesgo, que bajo la influencia del feminismo radical marxista se ocupaban sobre todo del trabajo productivo y reproductivo, por la importancia concedida a la división sexual del trabajo como causa de desigualdades. Bajo esta óptica, se agrupan factores sobre la relación con el trabajo remunerado, condiciones y tipo de trabajo, el trabajo doméstico o no remunerado, la doble jornada laboral, el cuidado de niños/a pequeños y otros, múltiples roles y el estado civil y nivel educativo, variables todas expresivas de las condiciones socioeconómicas. Se continúa investigando el efecto de estas condiciones sobre la salud comparativamente entre hombres y mujeres, para ir proponiendo políticas y acciones por la igualdad de género. Bajo la influencia de la teoría ecosocial, se incorpora un requisito indispensable en cualquier investigación o intervención: además de género, incluir distribución por edad y clase social.

Y otro proceso más que se incluye en esta línea es el estudio de los sesgos diagnósticos y terapéuticos por sexos sesgos de género-. Identificar diferencias de trato, esfuerzo diagnóstico y terapéutico en la atención sanitaria por el hecho de ser mujeres u hombres, debidos a estereotipos de género activos en el medio sanitario (Elena Ronda y cols., 1995; M.a Teresa Ruiz Cantero, 2001; Izabella Rohlfs, 2004).

3.2.1. Desigualdades de salud en la población

De nuevo podemos tomar el libro Nuestros cuerpos, nuestras vidas, como sensor de la introducción del enfoque de género. En la edición española de 2000, se incluye esta línea de desigualdades de género en saluda y sobre morbilidad diferencial en enfermedades comunes, además de consideraciones sobre salud pública y distintos modelos de sistemas sanitarios.

La penetración de la línea de desigualdades en España se ha confirmado con producciones de mucha importancia. El Estudio de Salud de las Mujeres en España (Mercedes De Onís (coord.), 1992) fue durante varios años una valiosa fuente de

indicadores de salud por sexos y clase social, realizada con criterios para enfoque de desigualdades de género.

El Informe sobre Salud y Desigualdades en Cataluña (2003) y el segundo informe de evolución de estas desigualdades en 2005, coordinados ambos por Carme Borrell y Joan Benach4, han estudiado la evolución de las desigualdades según territorio, sexo y clase social. Se mantiene fiel al enfoque psicosocial del Informe Lalonde (1974), ocupándose del estado de salud (salud percibida, salud mental, enfermedades crónicas, sida y algunos cánceres) y sobre factores de riesgo centrados en estilos de vida, los clásicos de la teoría psicosocial: tabaco, alcohol, actividad y dieta; además de utilización de los servicios sanitarios. Se añade el componente del trabajo y clase social, distintivo de la salud pública marxista, y del género, en su vertiente conectada con desigualdades en las prioridades de salud de las mujeres (salud y estado civil, visibilidad de la morbilidad diferencial de las mujeres, salud sexual y reproductiva y violencia contra las mujeres). Se producen otros informes exactamente con la misma línea de contenidos, por ejemplo, La Salut a Barcelona 2004, en este caso de la institución municipal, que absorbe plenamente la línea.

Otro hito es el Informe SESPAS 2004 (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria), donde intervinieron buena parte de las epidemiólogas que están liderando este desarrollo. El informe trata de mostrar por dónde van las corrientes del momento, ya que es realizado con la participación de las y los profesionales clave de la salud pública. El Informe SEPAS, a lo largo de los años, ha tomado cierto valor de recomendaciones para el sector y para las estrategias políticas. El informe de 2004, año clave que concentra el despegue visible de la línea de las desigualdades, trata desde la óptica de la igualdad y equidad, dentro también de la estela del Informe Lalonde (Teoría psicosocial, estilos de vida, ciclo vital y modelo del estrés) ampliado con los supuestos marxistas, de las desigualdades de clase social y sexos y la influencia de trabajo productivo y reproductivo, en la salud de la población, con la mirada de ciclo vital; el sesgo de género en los servicios sanitarios y, por último, siempre con la óptica de clase social y género. Los temas de salud con repercusión en las mujeres son salud reproductiva, salud mental y violencia contra las mujeres. Se añade como en los informes de Barcelona, el tema de la inmigración, que en España ejerce fuerte presión en la última década.

Estos son los temas de esta línea que han penetrado en la agenda política y de investigación. En el vuelo desplegado desde 2004, se han materializado informes de calado estatal que ofrecen una fotografía de la realidad observada en salud, comple tamente distinta a la de hace una década. Hasta hace poco, la información de salud de la población se basaba en diagnósticos fisio y psicopatológicos, con los datos nunca desagregados por sexos, por tanto mostrando sólo el patrón masculino del enfermar, y sin incluir factores de riesgo o determinantes del contexto social, a excepción de las conductas de riesgo de consumo de alcohol y tabaco, ejercicio y dieta, que habían protagonizado casi en exclusiva la prevención en salud. Se ha pasado a la fotografía de la población por sexos, edad, clase social y territorio, buscando las desigualdades de salud causadas por esos factores, e inequidades de los servicios. Se ha empezando

a contemplar otros factores sociales de vulnerabilidad, relacionados con las condiciones de trabajo, además de incluirse obligatoriamente ópticas de género con visibilidad de aspectos de salud de mayor impacto para las mujeres.

Dos ejemplos muy relevantes de esta línea de desigualdades de clase social y género son Desigualdades sociales en la Salud, los Estilos de Vida y la utilización de Servicios Sanitarios en las Comunidades Autónomas 1993-2003, de Maica Rodríguez-Sanz, Paloma Carrillo y Carme Borrell (2006)'. Y en segundo lugar, la Encuesta Nacional de Salud de 2006, que gracias a la incorporación de expertas en salud y género, y por primera vez, incluye principios explícitos de género y proporciona todos los indicadores desagregados por sexos, edad, clase social, nivel educativo y país de origen, con una radiografía de estado de salud de la población que descubre multitud de desigualdades que hasta el momento permanecían invisibles. Además ha incluido indicadores de alto potencial explicativo de género, como salud mental y trabajo productivo y reproductivo y violencia, uso de recursos sanitarios y consumo de fármacos.

A nivel internacional, la penetración de esta línea es firme y se puede pulsar en los trabajos y recomendaciones de OMS. Desde la Declaración de Madrid, de OMSEuropa (2001) y la Política de OMS en materia de Género (2002), donde declaran los objetivos de la igualdad y equidad de género en el ámbito sanitario, hasta el más reciente Subsanar las desiguales en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de salud (OMS, 2008), informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, entre los que trata de los factores de estratificación social, y entre ellos el género, como factores sociales determinantes, declara que:

> Para combatir la inequidad sanitaria y las disparidades en las condiciones de vida, hay que atajar las desigualdades, por ejemplo entre hombres y mujeres, en el modo en que está organizada la sociedad. (...) Es esencial que actuemos ahora para mejorar la equidad de género y potenciar la emancipación de las mujeres, si queremos reducir las desigualdades sanitarias en una generación. (Comisión de Determinantes Sociales-OMS, 2008, págs. 1 y 23).

3.2.2. Vigencia y limitaciones

Toda esta penetración está favorecida porque se mantiene dentro de los límites positivistas que se adecua perfectamente a las necesidades de este enfoque. Se utilizan métodos cuantitativos y estadísticos rigurosos, por lo que es bien aceptada y su difusión puede seguir los cauces de las publicaciones biomédicas de alto impacto y difundir conocimiento accesible y asimilable en la corriente biomédica.

En cuanto a epistemología feminista, las más comunmente utilizadas son el empirismo feminista, tratando de hacer una ciencia no sesgada y el punto de vista feminista que pone la mirada en las relaciones asimétricas de género (véase Capítulo 2). Existe una masa crítica de mujeres especialistas en los temas tratados, ubicadas en

lugares estratégicos para el estudio, investigación e intervención, con altura académica y de responsabilidad en sus áreas, masa crítica que se ha ido alcanzando en los últimos 20 años.

Esta línea tiene también limitaciones. Pueden proceder, por una parte, de estrechar el marco teórico a lo biosocial (manteniéndose dentro de la teorías contextuales socialista y ecosocial), excluyendo todo componente psíquico o subjetivo en el proceso de salud enfermedad. Conlleva un cierto determinismo biológico y social, que excluye la experiencia vivida, lo cual deja opaco un amplio campo de determinantes psicosociales de mucho peso en el enfoque de género en salud.

Aunque se incorpora el concepto de género como categoría que proporciona criterios, no así el concepto de sistema sexo/género, como sistema de relaciones de poder. Las relaciones que se contemplan son las propias del sistema socieconómico, pero ello no incluye el estudio de modelos de relaciones de género o identidades femenina y masculina.

Y una última limitación depende de la sujeción a una epistemología empirista o de punto de vista feminista, dentro del positivismo, cuya consecuencia es no utilizar métodos cualitativos de la sociología del conocimiento para explorar e interpretar las interacciones entre factores sociales y factores psicosociales y modelos psicosociales de género. Esta línea se detiene a las puertas del estructuralismo y postestructuralismo. Probablemente porque no es posible que nadie utilice, y menos domine, marcos teóricos tan alejados como, por ejemplo, el positivismo biomédico en un extremo y el interaccionismo simbólico de la sociología, en otro. Los grupos impulsores de las distintas corrientes han de ser distintos, no siendo nada fácil que conecten sus trabajos.

Estas limitaciones tienden a resolverse complementándose con las aportaciones de la siguiente línea de análisis de determinantes de género.

3.3. ANÁLISIS DE DETERMINANTES DE GÉNERO EN SALUD

> El análisis de género trata de poner de relieve qué mecanismos estructuran (las diferencias y) la desigualdad y los efectos que producen, en este caso, en la salud.
>
> LUISA ANTOLÍN y LUCÍA MAZARRASA, 1997

> El feminismo se ocupa de la transformación social de las relaciones de género. (...) La teoría es en sí misma transformadora.
>
> JUDITH BUTLER, 2004, pág. 289

> (No sólo igualdad, sino...)... construcción de diferencias no jerárquicas.

En esta tercera línea se incorpora el género como categoría de análisis de las condiciones sociales y las vivencias de relaciones entre mujeres y hombres y, en consecuencia, de las formas de vivir y enfermar. Trata las condiciones de género como determinantes de salud, considerando los condicionantes psicosociales de género como procesos de vulnerabilidad y riesgo. Estos condicionantes de género son aquellos roles asignados a mujeres y hombres por los modelos culturales de género, las actitudes procedente de aquellos imperativos de género a cumplir, la necesidad de responder a modelos e ideales de género y las posiciones psíquicas de feminidad y masculinidad, construidas subjetivamente a partir de aquellos modelos interiorizados. Son relaciones y actitudes de poder/subordinación y actividad/pasividad de los sexos. En definitiva es incluir los factores sociales y psíquicos de género y la subjetividad o experiencia vivida.

En esta línea se plantea la búsqueda de las causas de las diferencias y desigualdades, y la transformación social y personal de esas causas.

En la Tabla 8 se sintetizan los contenidos.

Los conceptos de salud en esta línea pertenecen a las teorías contextuales e interaccionistas. La salud/enfermedad es un proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida y las interacciones entre estas instancias. Las circunstancias sociales a las que las personas están sujetas, los procesos y acontecimientos vitales, los modelos ideales de comportamiento, las actitudes y en definitiva, las formas de vivir, enfermar, consultar y morir, son los procesos psicosociales determinantes de salud y enfermedad; entre ellos están los procesos psicosociales determinantes de género (Gita Sen, Piroska Ostlin y Asha George, 2007). Estos últimos son los modelos y roles sociales de género, construidos por cada sociedad - lo social-, junto a las vivencias subjetivas debidas a las identidades masculina y femenina, influidas por los ideales de feminidad y masculinidad - lo psíquico - (Mabel Burin y cols., 1991; M.a Asunción González de Chávez, 1999; Sara Velasco, 2002a y 2006c).

TABLA 8.-Bases conceptuales de línea de andlisis de género como determinante de salud

Contenidos y teorías precursoras
Conceptos de salud — Las actitudes, vivencias y formas de vivir, enfermar, consultar y morir están influidas por los condicionantes psicosociales de género (Enfoque Constructivista). — Relaciona la salud con los factores biopsicosociales, socioculturales y psíquicos de género y sus interacciones (Modelo Biopsicosocial). — Identifica representaciones sociales, modelos de relación, roles e identidades de género, ideales de feminidad y masculinidad como factores determinantes de salud (Feminismos radical, cultural y psicoanalítico). — Utiliza el sistema sexo/género como instrumento de análisis (F. estructuralista). — Visión de los determinantes de salud de la subjetividad. — De identidad subjetiva —¿quién soy?—, pasa a una trama de posiciones del sujeto —¿Desde dónde hablo?— (F. psicoanalítico). — Trasgresión de la dicotomía genérica masculino/femenino, las subjetividades son diversas. — Red de diferencias y desigualdad como raza/etnicidad, clase social, orientación sexual… (F. postestructuralista).
Objetivos — Una vez conocidas las desigualdades, en esta línea se trata de comprender cómo y por qué se han producido. — Analizar y transformar los modelos socioculturales y las actitudes personales de género. — Transformar las relaciones de poder-subordinación y las posiciones subjetiva de mujeres y hombres. — Del objetivo de la igualdad al de las diferencias no jerárquicas.
Temas tratados — Modelos sociales de género, roles de género, contenidos e ideales de las identidades masculina y femenina. — Actitudes y procesos de vulnerabilidad por determinantes psicosociales de género para la salud.
Métodos de atención — Incluyendo el género como categoría para analizar el proceso de salud-enfermedad. — Análisis y métodos de cambio de estereotipos de género en la atención sanitaria. — Busca métodos de transformación de modelos sociales y actitudes personales determinantes de género. — Desarrolla modelo de atención biopsicosocial, incorporando la atención a la subjetividad y que modifique los determinantes de género.
Fortalezas
— Da acceso a determinantes psicosociales de salud. — Amplía los límites del paradigma biomédico de forma compatible. — Pone en conexión disciplinas de sociología y psicología social con la medicina. — Proporciona métodos de análisis cualitativo.
Limitaciones
— Se apoya en marcos teóricos ajenos al ámbito sanitario actual. — Necesidad de formación específica. — Dificultades para aplicar los métodos por discordancia con la organización tecnológica de los servicios. — Riesgo de desconexión de la línea de desigualdades.

Esta tercera línea de enfoque de género, se desarrolla en salud a finales de los años 90, por la necesidad de comprender los mecanismos por los que se construyen los modelos sociales de género interiorizados por las personas y cómo actúan desde el interior (como aquella `colonización interior' que decía Kate Millet), motivando las conductas de género (aquellas actitudes y valores sexistas de las propias mujeres que el feminismo radical trabajaba por cambiar). Y también cómo actúan desde el exterior los determinantes sociales, a menudo socioeconómicos. No se trata aquí de las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres, sino de cómo el género condiciona y afecta cada uno de ellos. Una vez conocidas las desigualdades, en esta línea se trata de comprender cómo y por qué se han producido. El reto objetivo no se

centra en alcanzar la igualdad, sino en lograr las diferencias no jerárquicas (Gloria Bonder, 2006), y se dirige a la transformación social y personal de las relaciones de género.

El género es precisamente la categoría de análisis que mediante el instrumento del sistema sexo/género, se usa para comprender estos mecanismos. Será la estructura y modelos de género lo que se pretenderá transformar. Así, se ocupa de cómo se construyen las mujeres, y cómo los hombres, y también de cómo se estructuran sus relaciones. No será un proceso de medida, sino de análisis e interpretación de los mecanismos y las relaciones y cómo cambiarlos.

• Procesos psicosociales de género

Los objetivos dentro de esta línea serán identificar los modelos, roles, posiciones y actitudes subjetivas de género, procesos psicosociales determinantes de salud/ enfermedad y transformar esos determinantes tanto los modelos sociales, como las actitudes subjetivas.

Un cuño temático de la línea analítica de género en salud es el abordaje de los procesos psicosociales determinantes de vulnerabilidad. Para ello, se han tratado los modelos sociales de género. No hay género femenino o masculino, sino modelos de género: tradicional, de transición, contemporáneo, igualitario y otros posibles, que proponen roles de género a hombres y mujeres acordes con cada uno de esos modelos. Cada rol de género se acopla con un tipo de identidad o subjetividad femenina, masculina, o intermedia (intergéneros, como son las identidades de quienes llegan a unas posiciones sexuales diferentes, como lesbianas, gays o inter y transexuales) (Mabel Burin y cols., 1991; Judith Butler, 2001 y 2004; Sara Velasco, 2002a y 2006c).

Se han hecho análisis de procesos psicosociales, correspondientes a acontecimientos biográficos que afectan la salud, con impacto en las esferas biológica, social y psíquica, como las pérdidas, las vivencias del cuidado de otros, los conflictos de pareja, los conflictos y el cuidado de hijos e hijas, las experiencias de soledad, desamor, apoyo social, frustración, conflictos de identidades y de nuevos ideales y la marca diferente de género en cada una de estas experiencias o factores.

Bajo esta línea se revisan factores que se habían estudiado antes como la influencia del trabajo en la salud. Peggy Thoits (1983), con una investigación en el marco del interaccionismo simbólico, encontró que si hay resultados contradictorios en las investigaciones sobre el papel protector o de riesgo del trabajo, es porque depende del tipo de trabajo y de la aportación que haga a la vida subjetiva. Cuando es un trabajo que conlleva reconocimiento social y que proporciona beneficios para la estima de la identidad (autoestima), facilita el establecimiento de una red social de apoyo, y proporciona independencia, el trabajo será protector. El trabajo doméstico, no proporciona ninguno de estos beneficios y es un factor de riesgo parla salud, al igual que trabajos remunerados, repetitivos, aislados, denostados socialmente, que también

son de riesgo. Se encontraban otros resultados contradictorios en cuanto al beneficio para la mujer del trabajo remunerado. Unos encontraban que era protector, otros que generaba problemas y de forma diferente para mujeres y hombres lo que, en parte, depende del contexto cultural y social, según si la mujeres cuida niños pequeños, si tiene el apoyo de la pareja en los trabajos domésticos, según cómo es reconocido el trabajo remunerado de las madres, según las condiciones del mercado de trabajo (Patricia Remito, 1994). Con una investigación cualitativa, que recoge e interpreta los significados del trabajo de la mujer para cada pareja, encuentra que era protector cuando existía `mayor concordancia en la preferencia de ambos cónyuges' (Janet Hankin, 1990). Y era un riesgo cuando sólo ella quería hacerlo, en desacuerdo con la pareja, apuntando a que la práctica de relaciones simétricas y no de poder en la pareja, es protector.

Otra exploración interesante es la realizada por Ellen Annandale (1990) que también plantea que las dificultades de consolidación de los hallazgos de diferencias por sexos en salud, proceden de las diferentes definiciones de enfermedad y del uso del concepto de género dependientes de los diferentes marcos teóricos utilizados. Aporta una teoría de orientación de rol de género, que plantea la investigación de las diferencias en el estado de salud, no por sexos, o por los roles de género representados, sino por la feminidad y masculinidad, como características autopercibidas y atribuidas por individuos que pueden tener niveles variables de masculinidad o feminidad, independientemente de su sexo. Realiza una investigación con entrevista semiestructurada y cuestionario auto administrado que recoge el nivel de salud autopercibida y autopercepción de feminidad y masculinidad. Las diferencias de salud percibida se relacionan con la feminidad o masculinidad autopercibida, más que con el sexo (hombre mujer), asociándose la feminidad con relativa salud pobre y masculinidad con relativamente buena salud, tanto en hombres como en mujeres. Esta línea de hallazgos, a pesar de iniciarse ya hace 18 años y prometer una comprensión muy interesante de género, ha sido continuada aún muy escasamente.

• Identidades y subjetividad femenina y masculina

Este enfoque es producto del feminismo estructuralista (concepto de sistema sexo/género) y posteriormente de la visión postestructuralista y psicoanalítica.

En los años 2000 se produce un giro en el concepto mismo de género. Hasta el momento se había llegado a utilizar como si hubiera dos identidades de género -género masculino y género femenino-, del mismo modo que antes se concebía un dimorfismo de sexo femenino/masculino. Lo vienen señalando varias autoras como Dona Haraway (1991), Mari Luz Esteban (2001b y 2004) y Gloria Bonder (2006). Detectan cómo el género, que había venido a explicar que los sexos se construían de forma culturalmente diversa, estaba cayendo en crear esta nueva universalización binara femenino/masculino generalizable para todos los hombres y todas las mujeres. A la identidad de género femenino se le asignaban ideales y roles propios de las mujeres, y a la identidad de género masculina, las propias de los hombres. Pues bien,

animado por el pensamiento posmoderno, que cuestiona toda identidad fija y estable, y también la universalidad de las mujeres todas homogéneas, hay que reconducir esta deriva: no hay dos género, sino que existen diversos modelos de género que se definen mediante diversos atributos, identidades y roles. Un hombre puede adscribirse a un modelo de género tradicional y mantener atributos femeninos, por ejemplo. O puede, siendo su sexo hombre, adscribirse a un modelo de género contemporáneo, donde los atributos de la masculinidad son igualitarios con los de feminidad. Trataremos este tema en la segunda parte. Una persona no es del género femenino o masculino. Es del sexo hombre o mujer y funciona en un modelo de género tradicional, o de transición, o contemporáneo o igualitario...

En cuanto a la subjetividad, se trata más bien de una trama de posiciones del sujeto (Gloria Bonder, 2006). Ya no se trata de «quién soy», pregunta signo de búsqueda de una identidad, sino «desde dónde hablo», desde qué posición subjetiva y condiciones sociales diversas, que además cambian para la misma persona en momentos distintos. Así, los procesos de subjetivación no son dentro de un género u otro, sino que son intergenéricos (Jane Flax, 1990) construidos en una red de diferencias y desigualdades en aquellos factores que hemos mencionado: raza/etnicidad, clase social, orientación sexual (Gloria Bonder, 2006). Se comprende entonces el género como un elemento más de construcción de identidades diversas. Y el objetivo es que pueda existir esta diversidad, esta elección de posición de identidades, no centrándose entonces en la igualdad, sino contribuir a alcanzar diferencias no jerárquicas (Gloria Bonder, 2006), aunque en términos políticos, desde luego, la igualdad de derechos deba mantenerse.

Se pueden identificar una serie de trabajos sobre subjetividad, identidad femenina y género, muy activa en torno a 1988, fecha en que parece que la semilla de género fertilizó el encuentro de Salud de las Mujeres en Roma, produciéndose una larga floración de estudios sobre subjetividad y género que alcanza hasta la fecha actual. Prácticamente todas las psicoanalistas feministas destacadas, produjeron obra en la década del 88 al 98 años, conformando un cuerpo de conocimientos sobre feminismo, psicoancílisis y género que nutre el análisis de género en el momento actual.

Por ejemplo, Janet Shibley Hyde, escribe en 1985, Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana, que en su cuarta edición actualizada en castellano (1995) marca un hito y recoge las evidencias de múltiples Estudios de las Mujeres hasta el momento sobre sexo, género, sexismo, mujeres y salud, sexualidad femenina, estereotipos de género.

En la producción en España, cabe destacar en una línea psicoanalítica-preestructuralista, a M.aAsunción González de Chávez, en Mujer: cultural, identidad y salud mental (1992) revisa las aportaciones de la antropología, mitología, sociología sobre la representación cultural de las mujeres y aportará mucho sobre la conformación de la subjetividad femenina, dando relevancia al papel de la relación madre-hija, la culpabilidad y rivalidad producida en esas relaciones y las vivencias de la maternidad y sexualidad y finalmente, repercusiones sobre la salud mental.

Durante esa época, González de Chávez publicó el primer libro sobre salud, género y subjetividad en 1993, Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y Género; después Feminidad y masculinidad. Subjetividad y orden simbólico (1998) y Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género (1999).

También, Emilce Dio Bleichmar, que había publicado El feminismo espontáneo de la histeria (1984), libro que incorporó el concepto de género de Stoller al uso del feminismo psicoanalítico, publica en 1997 La sexualidad femenina de la niña la mujer, donde discute sobre la pertinencia del género en el psicoanálisis, el sistema sexo/ género, la feminidad esencial y todos los temas candentes del momento.

También en la estela de la Reunión de Roma de 1988, el grupo de psicoanalistas feministas de Buenos Aires, Mabel Burin, Esther Moncarz y Susana Velázquez, publican El malestar de las Mujeres, La tranquilidad recetada (1991), que redefiniendo lo que llaman las `patología de género', tratan la salud mental de las mujeres desde la óptica del malestar - aquel `problema que no tiene nombre' que decía Betty Friedam-, causado por el modo de vida, y proponen alternativas al uso de psicofármacos como única forma de contener el avance del malestar. También Género y Familia. Poder, Amor y Sexualidad en la construcción de la Subjetividad, por Mabel Burin e Irene Meler en 1998, contribuyen a este cuerpo de conocimiento.

En La sexualidad femenina y su construcción imaginaria (Silvia Tubert, 1988), desde el psicoanálisis estructuralista, define finalmente «la feminidad como la captura imaginaria de una operación simbólica» que no es, por tanto, algo sólo de la biología del cuerpo, o sólo de la construcción social, sino que pasa por el significado simbólico. La estructura simbólica involucra las funciones materna y paterna y la triangulación edípica en la que se juega la sexuación y el quedar de un lado u otro de la diferencia sexual. En Mujeres sin sombra. Maternidad tecnológica (1991), un libro muy valioso, Tubert analiza los discursos médico y social sobre la maternidad y las metáforas de la esterilidad y, sobre todo, el deseo de ser madre y sus imperativos ideales y contradicciones. Analiza el control de lo femenino por la tecnología reproductiva. Sobre la maternidad, la compilación de Tubert, Figuras de la madre (1996) revisa la evolución de la figura de la madre, llegando hasta las «madres en la era de la tecnología».

Marta Lamas y Frida Saal, compilan un librito titulado La bella (in)diferencia (1991), en el que un grupo de psicoanalistas, entre ellas Emilce Dio y Silvia Tubert, dan su opinión sobre el estado de la cuestión sobre la feminidad, con el acuerdo común de lo que ha hecho que sectores del feminismo se acercaran al psicoanálisis y es que:

> Al mostrar cómo las personas adquieren su identidad de género, sus pautas culturales y su historia familiar, el psicoanálisis evidencia de qué manera los intercambios sociales se interiorizan en el inconsciente (Marta Lamas, 1991, pág. 7).

Toda esta producción de la que hablamos trata sobre los mecanismos por los que lo cultural, lo social y el género se interiorizan en las identidades, proporcionando explicaciones sobre los procesos psicosociales determinantes de salud desde una óptica biopsicosocial. Y se estudian estos procesos psicosociales en problemas contemporáneos como los trastornos de la imagen corporal y de la alimentación.

Una muestra es el trabajo de equipo entre socióloga, psicólogas y psicoanalistas, coordinado por Isabel Martínez-Benlloch, Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal (2001), en el que investigan los efectos de los ideales culturales sobre la salud con una concepción de la construcción social de la subjetividad y la imagen corporal. Este tema, que es de gran impacto por la importancia de la epidemia de trastornos de la alimentación en mujeres jóvenes y adolescentes, es también tratado por la antropóloga Mari Luz Esteban, en Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio (2004).

Isabel Martínez Benlloch y Amparo Bonilla publican Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad (2001) que despliega el mismo análisis a través de la psicología.

En una corriente opuesta, más cercana al esencialismo de la feminidad, Silvia Vegetti, escribe El niño de la noche, hacerse mujer, hacerse madre (1990). Argumenta la construcción de una feminidad primaria temprana, transmitida por la mirada de la madre, que construye una imagen inconsciente del `cuerpo cóncavo' capaz de contener un niño, dato de la feminidad primaria. En esta imagen inconsciente reside la disposición a la maternidad. Esta línea da fundamento para pensar los aspectos subjetivos que se mueven en la maternidad y el aborto (Sara Velasco, 1995 y 2005a) y que pueden explicar aspectos psicosomáticos relacionados con esos procesos del ciclo vital.

El estudio de este campo se va a ligar a marcos teóricos estructuralistas y postestructuralistas, compatibles con el campo de las ciencias sociales, la antropología y el psicoanálisis postestructuralista; con métodos de investigación cualitativos que interpretan los fenómenos y sus interacciones en su complejidad. A menudo se utilizan métodos de análisis del discurso sobre todo para la investigación de la relación y el encuentro entre médico-a/paciente.

Algunas muestras de cómo se viene materializando esta línea de análisis, sin ningún afán exhaustivo. Se puede resaltar la línea de trabajo en género y salud de las mujeres de la Organización Mundial de la Salud. Si durante los años 90 respondía a la línea de desigualdad y equidad en salud, durante los años 2000 se ha ido introduciendo en el análisis de determinantes, siendo una fuente de orientación para las políticas de salud en los países que, sin embargo, la están incorporando muy despacio. La Declaración de Madrid de la Organización Mundial de la Salud (2001), resultado del Seminario sobre Mainstreaming de Género en las Políticas de Salud en Europa, celebrado en Madrid, con las Delegadas y Delegados de la Región Europea de la OMS, declara que:

> Para conseguir los más altos niveles de salud, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen diferentes necesidades, obstáculos y oportunidades (OMS, 2001).

Se decanta por los objetivos de igualdad y equidad, pero habla también de las necesidades diferentes debidas a los roles de género.

Se producen después dos informes decididamente encuadrados en el análisis de género como determinante de salud: Gender analysis in health. A review ofselected tools (2002) y Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health. Why it exists and how we can change it (2007), es el informe final de la Women and Gender Equity Knowledge Network para la Comisión de Determinantes Sociales de Salud de OMS, integrando las desigualdades y el análisis de determinantes, informando del estado de la cuestión y el cuerpo de conocimientos con que se cuenta en el momento. Probablemente este sea el informe más útil sobre las evidencias disponibles y las estrategias planteadas para la aplicación del enfoque de género en salud.

El Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad), ha sido una fuente de estudios y programas que han ido pasando desde la óptica de Salud de las Mujeres, a la de desigualdades de género y, muy pronto, al análisis de género como determinante. Estudios puntera en la utilización de métodos cualitativos (complementados con cuantitativos) que han producido análisis de los modelos y roles de género, y la construcción de la subjetividad y de las identidades femenina y masculina y su relación con la salud. Por ejemplo, le estudio del sociólogo Fernando Conde (2000) El estrés en las mujeres trabajadoras: sus causas y sus consecuencias, estudio cuanti y cualitativo con grupos de discusión de mujeres, que proporciona un análisis de las causas cotidianas de sufrimiento de las mujeres, que aún está siendo fuente no agotada de comprensión sobre el problema.

El paso al campo de la investigación cualitativa, explorar los determinantes psicosociales y cómo son vividos por las propias mujeres, y por los hombres, es el signo de avance hacia el análisis de género. Es un interesante ejemplo, el estudio de La Salud de las Mujeres en Asturias (Carmen Mosquera (coord.), Marian Uría, Esther Arbesú y cols., 2002) realizado por un grupo de trabajo de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, en colaboración con el Instituto Asturiano de la Mujer, plegado completamente a los informes de salud pública `tipo Lalonde' (plena teoría psicosocial de estilos de vida, positivista, con algún tinte marxista). Una vez hecho, el equipo avanza preguntándose acerca del significado de los datos obtenidos y cómo proponer intervenciones que impliquen a las propias mujeres. Y realizan un segundo informe, también en el campo de salud pública (Marian Uría (coord.), 2005), sobre la Salud de las Mujeres en Asturias desde las propias mujeres y las médicas, producto de una investigación cualitativa con grupos de discusión focales con mujeres de la población y con médicas (plenamente postestructuralista ahora, y con metodología de análisis del discurso). Consiguen una exploración de las necesidades con multitud de

aspectos percibidos, subjetivos, de modos de vida y de problemas de los modos de atención y relación con los servicios, que no se habían podido visibilizar mediante la información estadística anterior y que permite programar las acciones y la atención con potencial capacidad de cambio. Se revelan las formas de vida de las mujeres determinantes de su salud estrechamente relacionadas con los modelos y roles de género.

3.3.1. Modelo de atención de salud con intervención sobre los determinantes de género

Añadidos los determinantes psicosociales de género, y contando con el marco estructuralista, postestructuralista y psicoanalítico, se enriquece el modelo de atención de salud de las mujeres, incorporando métodos para transformar las condiciones y modelos sociales de género y las actitudes personales. Se encuadran en el modelo biopsicosocial, centrado en el paciente y sensible al género. La producción de un modelo para la práctica clínica, que intervenga directamente en la subjetividad que mantiene los determinantes de género desde el interior de las personas, y que actúe sobre la relación médico/paciente, es el cuño producto de los marcos teóricos constructivistas y de la subjetividad, dentro de esta tercera línea de análisis de género. Esto no podía darse sólo desde el campo poblacional de la línea de desigualdades de género.

En Holanda (Utrech), se creó en 1980 un Centro de Atención de Salud de las Mujeres (Centre for Women's Health Care) llamado «Aletta», en homenaje a Aletta Jacobs, la primera mujer médica en Alemania. Desarrollaron la práctica del modelo de atención a cualquier problema de salud de las mujeres, no sólo los reproductivos, en centros piloto para mujeres que luego se incorporarían a los centros de salud generales. Atie Van den Brink-Muinen, define este modelo de Women's Health Care:

> ... un trabajo consciente de dar cuidado a mujeres desde un punto de vista que pueda ver los problemas de las mujeres relacionados con su socialización y su posición en esta sociedad, y ayudarlas a desarrollar estrategias para conseguir más autoridad y responsabilidad sobre sus propios cuerpos y sus vidas (1998).

El modelo «Aletta» holandés se basa en los siguientes principios:

1. consideración de la identidad de género de la paciente y roles de género;
2. consideración de la situación personal y social de la paciente;
3. tratamiento de la paciente respetuosamente;
4. encaminar a la paciente a afrontar sus problemas de salud y estimular la autoresponsabilidad;
5. evitar la medicalización (Van den Brink-Muinen, 1998).

No se diferencia del modelo de salud de las mujeres de los años 70, más que en que incorpora la identidad y roles de género como causa de enfermedad.

Este modelo incluirá en los años 90, los principios de las Conferencias de Población, de la investigación feminista y del movimiento de organizaciones no gubernamentales de mujeres.

Cuenta con los factores determinantes socioculturales y de género: pobreza, dependencia económica, ser objeto de violencia, discriminación por sexo, raza, poder limitado de las mujeres, roles de género y calidad de los servicios sanitarios. Se trata de que los servicios sean disponibles accesibles, apropiados, aceptables para las necesidades de las mujeres. Se centran en el cuidado y no en curar, evitando la tecnologización y medicalización. Por supuesto, siguen los principios de Salud de las Mujeres de empoderamiento, autodeterminación, participación de las mujeres y el uso de grupos de autoayuda y discusión (Cecile MT Gisjbers Van Wijk y cols., 1996).

• Relación médico/apaciente

Lo que más han desarrollado es el especial hincapié en cambiar la relación jerarquizada y de poder que caracteriza a la relación médic%aciente. Se desarrollan prácticas de empoderamiento de las mujeres pacientes dentro de la relación misma con el médico. Para ello analizan esta relación desde los marcos teóricos semiótico, cons tructivista y análisis de la narración, teoría del saber (estructuralista) y teoría feminista, como plantea Kirsti Malterud (2000). Esta autora plantea el empoderamiento redistribuyendo el poder en la relación, reconociendo la experiencia de la paciente y retando la relación entre el poder de género y la autoridad profesional. Plantea estrategia de comunicación en la que se invita a la paciente a usar su conocimiento en la vida diaria, preguntándole por su definición de los problemas, sus causas sus expectativas hacia el médico, experiencias anteriores y sus recursos de autocuidado. Todo se encamina a dar importancia al saber de la paciente.

El médico o médica puede restar poder de su propio lado, mediante un tipo de comunicación que se interese y dé valor al saber de la paciente. Por ejemplo, usar estilos de conversación con preguntas abiertas, usar términos conectados con la realidad y no términos médicos, preguntar por formas de resolver los problemas, mantener el rol de la paciente como fuente importante de información y conocimiento reconociendo sus experiencias, reconocimiento del lenguaje de la propia paciente, señalar que la resolución será en cooperación entre ambos (Kirsti Malterud, 1998 y 2000).

El análisis de la relación médico-a/paciente se realiza también en términos de actitudes, preferencias, identificaciones y estereotipos de género, prestando atención a la subjetividad que ponen tanto los y las pacientes, como los y las médicas en la relación (Candance West, 1984; Jozien Bensing, 1992 y 1993; Ana Delgado, 1999a y 1999b; Teresa Ortiz, 2007; Sara Velasco, 2002).

Se produce un modelo biopsicosocial que incluye la modificación de posiciones subjetivas y de actitudes de género, apoyado en el instrumento de la relación médico/a-paciente (Sara Velasco, 2002a y 2006c).

- Aplicación a patologías prevalentes en las mujeres: dolor, salud mental y ciclo vital

Continúan las prioridades sobre los problemas de salud que más afectan a las mujeres y que más sensibles son a los determinantes de género. Estos son el dolor en sus diversas formas, con especial atención a los síndromes funcionales emergentes como fibromialgia y fatiga crónica; los problemas comunes de salud mental; y los relacionados con el ciclo vital: menopausia, reproducción (Cecile MT Gisjbers Van Wijk y cols., 1996). Se desarrollan visiones nuevas de atención al malestar de las mujeres (Regina Rodríguez (ed.), 1990; Mabel Burin y cols., 1991; Araceli de Armas, 1993; Sara Velasco, 2006c y 2007).

Y análisis de los problemas relacionados con el ciclo vital, pero poniendo en cuestión el discurso médico desvalorizador y debilitante de las capacidades de las mujeres. Por ejemplo, MT. Harris (2008), analiza cómo la supuesta problemática en la menopausia, corresponde a una visión sesgada biomédica que interpreta lo que ocurre sólo en términos biológicos, por la caída hormonal, que además es un imaginario de caída y debilidad porque se deposita en las hormonas y en la capacidad reproductiva la fortaleza de la feminidad. Mientras que bajo otros discursos, como el feminista, el climaterio es una época del ciclo vital en que las mujeres se empoderan, despliegan sus capacidades y experiencia y acceden a uno de las etapas más generativas de de su vida. O, como plantea Anna Freixas (2001) «nos envejecen las ideas, no el cuerpo», proponiendo recuperar las capacidades de las mujeres en la vejez, que son diferentes a las de la juventud, aunque los estereotipos sociales denostan en las mujeres todos aquellos valores que no sean los de la belleza, la disposición sexual, la juventud.

O sobre el aborto, analizan Joaquina Erviti y cols. (2006) cómo el discurso médico, igualmente interpreta el aborto como una ataque malvado a la feminidad, mientras que para las mujeres es un acto de control sobre su propia vida y una regulación de su capacidad generativa.

3.3.2. Limitaciones e integración de líneas

Las limitaciones de esta línea se deben, por una parte, a que los marcos teóricos en que ha de desenvolverse son ajenos, poco conocidos y poco valorados en el ámbito sanitario. Las correlaciones entre procesos psicosociales de orden vivencial y la salud, se basan en definitiva en efectos de incorporación - toma de cuerpo - de las ideas, sentimientos, representaciones mentales y sociales sobre el cuerpo físico. Por ejemplo, que el sentimiento de soledad, con una representación psíquica desvalorizada de uno mismo, cause dolor psíquico que se transforma en dolor físico, e incluso trastornos funcionales o lesiones de órganos; o que vivir en subordinación y

dependencia y sin proyecto propio, produce pasividad y letargo subjetivo, que deviene en dolores músculo-esqueléticos y cansancio; o que las mujeres amas de casa y de clase desfavorecida se deprimen, mientras que las profesionales y de clase social privilegiada padecen ansiedad, son hechos cuyo mecanismo no es conocido aún, ni está demostrado dentro del paradigma biomédico. Por ello, su credibilidad depende de las concepciones abiertas y no biologicistas de la salud, y no de evidencias empíricas sobre los mecanismos. Esto es un obstáculo para la aceptación de las producciones de esta línea. Por ello su entrada en el ámbito sanitario está siendo más lento y transcurre al ritmo en que las ciencias sociales y la teoría de la subjetividad pueden ir penetrando este ámbito.

Otra limitación procede del adiestramiento que requieren los y las profesionales para los métodos de intervención sobre lo social y métodos clínicos en marcos en los que no han sido formados, y que probablemente requieren una buena predisposición no organicista. Asimismo, estos métodos, basados en producir cambios de actitudes y subjetivas en las personas, requieren espacios y tiempos que pueden no ser fáciles de conseguir en el contexto de servicios sanitarios firmemente organizados para la circulación rápida de pacientes y para atención tecnológica, que se evalúa de otro modo muy distinto.

Por último, puede ser una limitación si no se consigue mantener una firme conexión en el avance teórico y práctico con la línea de las desigualdades, que debe estar en continuidad y cooperación y plegarse lo necesario para poder incluirse en las prácticas sanitarias existentes.

Cada una de estas corrientes debe formar parte del enfoque de género en salud, un enfoque integrado en el que se sumen las perspectivas que históricamente se han ido sumando, para comprender y mejorar el proceso de salud enfermedad de las mujeres y también de los hombres.

II. UN MODELO DE ANÁLISIS DE DETERMINANTES DE GÉNERO: INTERACCIÓN ENTRE SISTEMA BIOPSICOSOCIAL Y SISTEMA SUJETO/SEXO/GÉNERO

Somos lo que hacemos, pero sobre todo, lo que hacemos para cambiar lo que somos.

LEÓN GIECO, citado por Jaime Breilh, 2003

Masculinidad y feminidad: construcciones teóricas de contenido incierto.

SILVIA TUBERT, 2001

Analizaremos los determinantes de género, fragmentando el problema en sus partes, describiendo e interpretando para comprender por qué y cómo se producen los riesgos para la salud. Tratamos de hacer este análisis de las condiciones sociales y psicosociales de género, que finalmente constituyen factores de vulnerabilidad de género para la salud, para lo cual entraremos en la descripción de las estructuras del sistema biopsicosocial, del sistema sujeto/sexo/género y de los modelos de género.

Se aporta un instrumento práctico: los procesos de vulnerabilidad psicosocial determinantes de salud, correspondientes a los modelos de género tradicional, de transición y contemporáneo, resumidos en las Tablas 12, 13 y 15. Estas tablas muestran patrones de género que pueden estar asociados a distintos problemas de salud. También son procesos psicosociales que pueden ser escuchados en la clínica porque pueden ser los que estén afectando a la o el paciente. Y por último, son una fuente de indicadores cualitativos para la investigación del género como determinante de salud.

Este desarrollo teórico es utilizable, por una parte, en la programación en salud. Por otro lado, son criterios de aplicación del enfoque de género en la práctica clínica, ambos métodos se presentan en la tercera parte.

Los marcos teóricos en los que se ubica este modelo de análisis son: la línea de análisis de determinantes de género en salud; por tanto se inscribe en teorías contextuales de la salud, y en concreto, con el modelo biopsicosocial, el marco teórico del feminismo estructuralista y postestructuralista en los aspectos que hablan de la diversidad de identidades. Requiere además, introducirse en el campo de la teoría de la subjetividad, por lo que se hace una incursión en el psicoanálisis, aunque muy controlada y limitada a aquello que puede ser útil para comprender el sistema biopsicosocial y el sistema propuesto sujeto/sexo/género - variante del sistema sexo/género de Gayle Rubin. Por tanto, esta parte requiere cierta postura relajada y dispuesta a reflexiones de apariencia no inmediatamente práctica, pero a la que volver

a consultar cuando se traten de aplicar los métodos de programación y clínico.

Capítulo 4

Sistemas de construcción del sujeto y del género[1]

'El contenido de estos capítulos se ha tratado, en parte, en do s textos anteriores de la autora, Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres, editado por el Instituto de la Mujer en 2006c, libro que desarrolla un modelo y método para tratar los trastorno s mentales comunes, el dolor y las somatizaciones en la clínica de atención primaria; y en Relación entre el imaginario social y la salud, donde aborda la relación entre la salud y los condicionantes socioculturales contemporáneo s, con la caída del sujeto y la hegemonía de cuerpo. Es un libro colectivo coordinado por Bego ña López Doriga, La publicidad y la salud de las mujeres, también editado por el Instituto de la Mujer en 2005c.

El marco conceptual que utilizamos para analizar los determinantes de género para la salud, es la concepción biopsicosocial del ser humano, un sistema en el que se interrelacionan los aspectos biológicos, los sociales y los psíquicos. Y el género en el marco del sistema sujeto/sexo/género que articularemos con lo biopsicosocial.

Estamos bajo el concepto de salud-enfermedad como proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida. Bajo esta óptica, entre los factores del contexto social que influyen, se cuentan los procesos psicosociales de género.

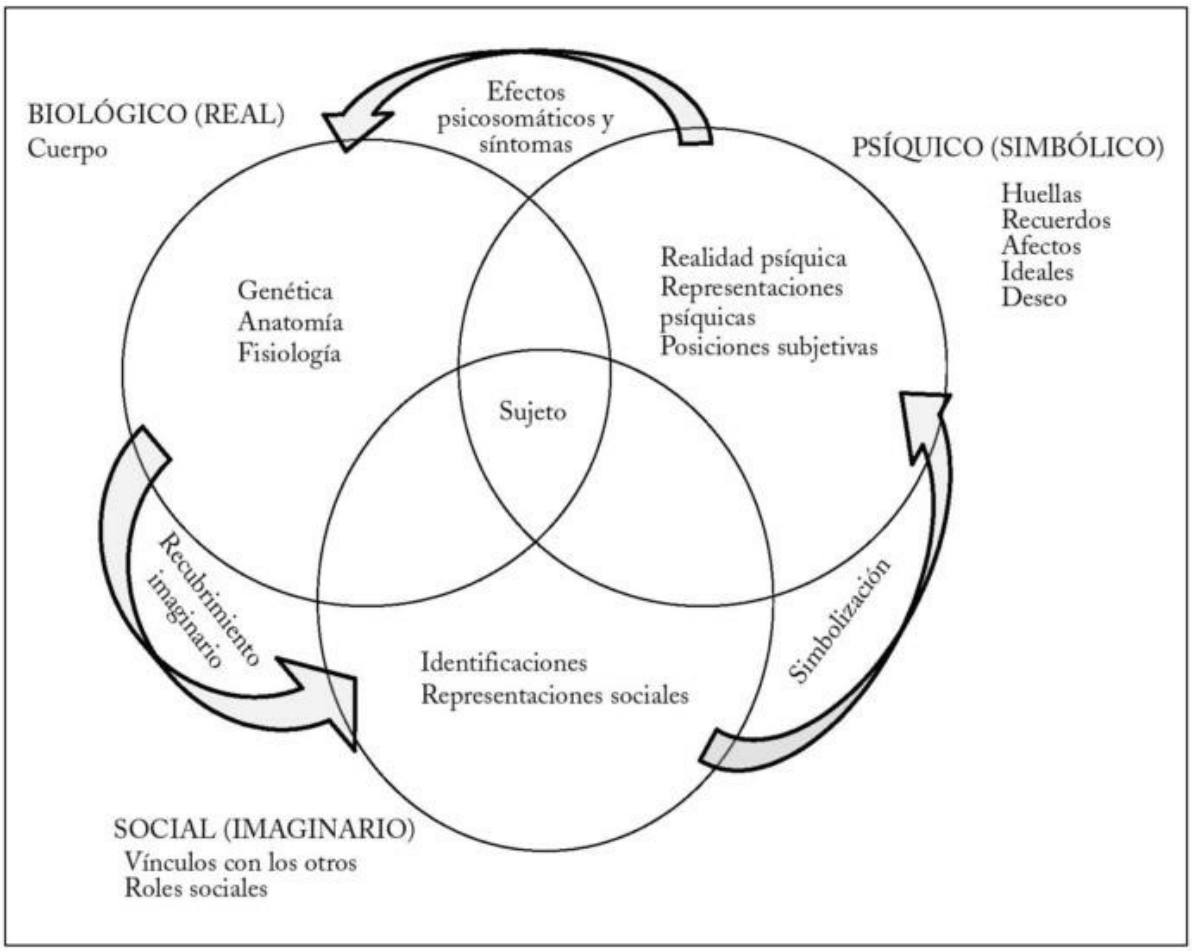
Los modelos de género son representaciones sociales que proponen los ideales sobre cómo llegar a ser un hombre o una mujer en una sociedad determinada. Estos ideales son interiorizados por las personas. La suma de los modelos sociales e ideales subjetivos de género intervienen modelando las actitudes y formas de vivir que, en consecuencia, influyen también en las formas de enfermar, consultar y morir.

Vamos a hablar de modelos sociales de género, que se reproducen a través de los roles de género - son factores sociales-, por una parte; y procesos o factores subjetivos de vulnerabilidad, relacionados con la feminidad y masculinidad, por otro. Aunque ambos tipos de procesos o factores forman parte de un continuo relacionado, interesa diferenciarlos porque a la hora de intervenir se pueden pensar acciones dirigidas a trasformar los modelos y representaciones sociales, mediante mensajes alternativos, y esto será de utilidad en intervenciones poblacionales que vayan destinadas a producir cambios sociales. Pero se pueden, además, pensar acciones o métodos para intervenir en los conflictos personales o transformar actitudes y posiciones subjetivas relacionadas con las vivencias de feminidad y masculinidad, y estas serán intervenciones individuales, como pueden realizarse en la atención clínica.

4.1. SISTEMA BIOPSICOSOCIAL

El modelo biopsicosocial se apoya en una concepción del ser humano compuesto por tres esferas: la biológica, la social y la psíquica, que funcionan como un sistema en el que cada esfera va generando las otras y permanecen interaccionando a lo largo de toda la vida (Esquema 3). Sobre el sistema biopsicosocial se construye la subjetividad.

ESQUEMA 3.-Sistema biopsicosocialy el sujeto



La esfera biológica abarca el cuerpo, las disposiciones genéticas, la anatomía, la fisiología, lo real2. Podemos decir que es la esfera de las disposiciones biológicas a enfermar de una u otra forma.

La esfera social se construye a partir de las relaciones y vínculos con los otros. Desde el comienzo de la vida, toda relación con otro, empezando por el otro materno, va dejando la huella del vínculo compuesto por tres términos: el papel del sujeto, el papel del otro y la interacción entre ambos. Vamos aprendiendo los papeles para cada una de las relaciones en las que nos vamos viendo inmersos y vamos aprendiendo a identificarnos con cada uno de esos papeles que hemos de representar. Nos identificamos como hijo o hija, como madre o padre, profesional, joven, vieja o viejo..., múltiples papeles relacionales que van poblando de identificaciones nuestra esfera social.

La sociedad tiene propuestas de modelos que nos preceden. Es decir, existen

modelos ideales socialmente construidos para ser una hija o un hijo, para ser una madre, un amigo, etc. Aprendemos a identificarnos con estos modelos sociales a través del proceso de socialización - en la familia, la escuela, la calle, el trabajo, los medios de comunicación.. .-. Cada función tiene una representación social que interviene en la construcción del sujeto social.

Podemos llamar también a la esfera social la de lo imaginario, porque se compone de nuestra imagen reflejada en el espejo que son los demás, imágenes que no pueden construirse de otra forma que en la relación con los otros. Por cierto, nuestra imagen (que no es la identidad) será cambiante según el escenario y el lado de la escena en el que nos corresponda estar. El papel y la identificación de hija, que ha sido incorporado mediatizado por la representación social de lo que es una hija, convivirá más adelante con el papel y la identificación de madre, papeles distintos que una misma mujer mantendrá según esté funcionando con su madre, o bien, con sus hijos. Lugares distintos para el mismo sujeto, apoyado en las identificaciones que son propias a cada lugar. Esta esfera de lo social es, en resumen, el campo de las representaciones sociales, con los roles sociales y con las ident~ficaciones apropiadas para esos roles.

Y, en tercer término, la esfera psíquica, que corresponde al mundo interior donde residen las representaciones de sí y las representaciones de la realidad exterior. Se trata de la realidad psíquica que se construye a largo del desarrollo. Comienza conteniendo las primeras sensaciones causadas por las primarias experiencias de nacer y de la vida sensitivo-somática y afectiva del bebé. La vida pre-verbal deja sus huellas en la realidad psíquica, que no por ser tan tempranas y olvidadas, dejan de ser muy poderosas. Son las sensaciones de unión somática con el ser de la madre, el juego amoroso del alimento y de la caricia de todo el cuerpo, las sensaciones de contención y de percepción de existir que debe causar al bebé el ser contenido y envuelto en su totalidad por el adulto que le abraza y lo sostiene. Según cómo sean estas vivencias tempranísimas, darán en la vida adulta el patrón de la necesidad de relaciones fusionales que den seguridad, del miedo a la pérdida, de la angustia. La disposición a ello reside en esta esfera psíquica construida de forma singular por cada sujeto.

Enseguida, para el niño o niña, la introducción del lenguaje trae la posibilidad de darle a cada cosa o persona una palabra que lo nombre, incluso en ausencia de ese objeto o persona. Cuando el niño o niña, por primera vez nombra a mamá cuando ella se ha ido, lo que aparece en su mente es una palabra símbolo mental de la mamá, empezando la construcción de todo ese mundo psíquico lleno de palabras que son los símbolos de las cosas - representaciones psíquicas-. Es lo que permite operar sobre el mundo por medio del pensamiento. La llamamos también esfera simbólica porque se construye precisamente a base de simbolizar todos los objetos y todas las experiencias vividas.

Las -palabras' no se incorporan a la realidad psíquica de forma neutral e igual de unas personas a otras. Muy al contrario, esta realidad se va construyendo al paso de

las experiencias vividas. Se interioriza cada experiencia y cada palabra teñida de la carga afectiva, asociada a alegría, angustia, tristeza, sentimiento de abandono, de protección.. .-, y significados que ha tenido para cada sujeto. Así, la representación psíquica de una madre, se construye para cada uno según se hayan experimentado los encuentros y desencuentros con la propia madre. Incluso más adelante, se matizará con los encuentros y desencuentros habidos con personas que han funcionado como figura materna - como equivalentes de esta figura-, pudiendo reinscribirse en la realidad psíquica la representación de una madre, transformada por estas experiencias sucesivas a lo largo de toda la vida, no sólo en la infancia. La representación psíquica de lo que es una madre para un sujeto, tiene poco que ver con la figura de la madre real que haya tenido, y tampoco es igual a la representación social de una madre. Está influida por ambas, por la madre real y por la representación social, pero en la esfera psíquica se trata de la experiencia subjetiva de una madre. Así, la mujer que antes veíamos en el papel de hija y más tarde en el papel de madre, mantiene distintas posiciones subjetivas y en estas posiciones funciona con ansiedad o con eficacia, o con síntomas... según el significado con que para ella estén inscritas en su subjetividad estas funciones.

Del mismo modo se construyen representaciones psíquicas para todos los papeles sociales, para todas las experiencias vividas y, también, para nosotros/as mismos/as y nuestro cuerpo. Lo que caracteriza al ser humano es la existencia de esta realidad psíquica compuesta por símbolos y lenguaje. Cada proceso físico que atravesamos, tiene un correlato psíquico inscrito en nuestra subjetividad. Un embarazo y un parto, por ejemplo, son procesos corporales complicados, y más complicados aún son los procesos psíquicos correspondientes. Para una mujer, parir puede alcanzar el significado de una experiencia iniciática que reinscribe su cuerpo como capaz de crear, de llenarse y vaciarse, y para otra puede acabar significando una amenaza a su integridad y una experiencia de dolor extremo; sus actitudes y formas de parir posteriormente serán muy distintas por ello. Es por este camino que cada sujeto es diferente y singular, porque lo es cada cuerpo y porque la subjetividad es el resultado de una construcción singular a base del significado particular que va adquiriendo cada experiencia vivida.

En el contenido subjetivo, no se trata tanto de identidades fijas - identidad de hija o de madre, identidad de mujer o de hombre, o de profesional, o de abuelo.. .-, sino de posiciones subjetivas cambiantes. Por ejemplo, una mujer está en su trabajo diario en la posición subjetiva de profesional. Se identifica con el papel en que se ha socializado como profesional, que se caracteriza por mantener atención, efectividad, sin mezclar sus asuntos personales en lo que hace. Y funciona con las actitudes y afectos que ha interiorizado en la representación psíquica de sí misma como profesional, la cual se ha construido a lo largo de sus experiencias. Por esta representación actúa sintiéndose activa, resolutoria, se hace dueña de su saber. Se olvida de sus problemas personales que quedan aparcados hasta que termine su jornada. Su carácter puede parecer distinto al que muestra cuando está en casa con sus hijos. Incluso, mientras que esté en esta identificación y posición subjetiva, no sentirá el dolor de cabeza que sufre cuando está en casa, y tampoco se acuerda de la tristeza

que la viene aquejando desde que tuvo algún suceso traumático. Todo está funcionando en concordancia con la posición subjetiva de profesional, identificada como tal, lo que conlleva actitudes, afectos, atributos de carácter y síntomas propios. Cuando se da el consejo de distraerse para evitar un dolor o la tristeza, en realidad lo que se aconseja, sin saberlo, es hacer cosas que cambien la posición subjetiva, para evitar los afectos y síntomas asociados.

Importa recalcar aquí que no es seguro que tengamos una identidad fija y definida para todo. Nuestra supuesta identidad, que tantas expectativas genera hoy día, en realidad está atomizada en múltiples posiciones subjetivas, que varían según los requerimientos de cada situación y las condiciones de respuesta del sujeto. No se trata de quién soy, sino en qué posición estoy.

Ya vemos que el habitante de este sistema biopsicosocial que definimos, es el sujeto, que es una estructura funcional en la que va quedando definida cada persona y que se va construyendo a lo largo de toda la vida. Esta construcción se basa en lo que ocurre tanto en el cuerpo, como en las circunstancias sociales, como en lo psíquico, y de la interacción constante de las tres esferas. El proceso de construcción que se produce a través de la red de relaciones con los otros - relaciones sociales, por tanto-; red en cuyos nudos van quedando fijadas formas de funcionar particulares según las vivencias y los significados subjetivos psíquicos que van adquiriendo tales vivencias, además de los impasses que el cuerpo va imponiendo y lo que van significados esos hechos corporales. El sujeto recuerda, desea, actúa y lógicamente, también enferma en función de esta estructura singularmente construida4.

4.1.1. Interacción bio-social: recubrimiento imaginario y estereotipos sociales

Para fundamentar cómo las circunstancias sociales y las vivencias subjetivas pueden causar efectos sobre la salud, hay que pensar que la interrelación entre las tres esferas es constante. En el Esquema 3 se han representado con un diagrama de Venn -que representa las relaciones hipotéticas entre los tres conjuntos-, zonas de intersección entre las tres esferas, para representar estas interacciones.

El paso de la esfera del cuerpo a la social, se realiza mediante un proceso de recubrimiento de imágenes relatadas sobre los hechos corporales. Es un recubrimiento imaginario. Están, por ejemplo, los ovarios. Los animales no tienen ninguna noción (mental) sobre estos órganos. Pero por el funcionamiento humano, cuando la persona descubre su existencia es porque algún otro se lo da a conocer y lo hace mediante relatos sobre lo que son los ovarios y para qué sirven. Se recubren así los órganos de un imaginario que se trasmite en la relación social (cualquier relación con otro). Este imaginario se caracteriza porque pueden ser fabulaciones más o menos cercanas al funcionamiento real: `Los ovarios son unas bolas donde se hacen las células para tener hijos. Son como los huevos de las mujeres', por ejemplo. Este sería un imaginario popular sobre los ovarios. Es una descripción imaginada que siempre está cargada de significados sociales. También pueden recubrirse de un imaginario científico: `los ovarios son dos estructuras del 3x2 cm que están a ambos

lados del útero y son el equivalente embriológico de los testículos'. El tipo de lenguaje y las descripciones físicas, constituyen características del imaginario científico, pero no deja de ser otro recubrimiento del relato sobre el cuerpo. Sin embargo, incluso bajo la apariencia científica de esta descripción, la referencia al `equivalente embriológico de los testículos' ya está imaginariamente connotada de una consideración de las mujeres en función de los hombres, del mismo modo que lo hace el imaginario popular. ¿Qué necesidad hay de referir lo que son los ovarios, a lo que son los testículos? El patrón es el hombre, y la mujer se hace en relación a ese patrón y esto forma parte de una representación social determinada sobre las mujeres. Y cuando se dice popularmente: `es que tiene huevos', sobre un hombre valiente, es porque poseer testículos es imaginariamente lo que da las características de la masculinidad, entre las que se encuentra la valentía. Por eso cuando se dice que una mujer `tiene huevos' se hace referencia, en realidad, a que posee una característica masculina, la valentía. Todo imaginario. De esto se trata el recubrimiento imaginario de las cosas y de las experiencias, de la cobertura de significados socialmente construidos. Y todas las cosas y todas las experiencias están forzosamente procesadas por esta esfera. Esta es una de las causas de que no pueda existir neutralidad y objetividad en la observación científica. Toda observación está siempre connotada por el imaginario social, en primer lugar, que tiñe nuestras percepciones sobre las cosas. Veremos más adelante cómo esto explica el efecto de los estereotipos sociales sobre las actuaciones sanitarias que favorecen actuaciones en consonancia con esos modelos estereotipados, incluso sin que la persona que actúa se dé cuenta de que lo hace bajo imaginarios socialmente recibidos desde fuera y no reflexionados.

4.1.2. Interacción socio psíquica. la simbolización

El proceso de interacción continúa entre la esfera de lo social y la psíquica.

Si funcionáramos sólo con las representaciones sociales, estaríamos actuando y viviendo según el libreto imaginario propuesto por la sociedad. Pero no es así, no estamos sólo socialmente determinados, sino que realizamos otro proceso que es interiorizar las representaciones imaginarias, resignificarlas con las percepciones sin guiares del sujeto y con los afectos que acompañan a la vivencia de esos procesos. Cada experiencia adquiere así un significado singular subjetivo más o menos diferente para cada persona, significado inscrito en la esfera psíquica. Por esto, un mismo determinante social puede ser vivenciado y resuelto de forma diferente. Personas expuestas a una misma situación de maltrato, por ejemplo, pueden reaccionar con pasividad y moldeando su carácter sin autoestima, o pueden reaccionar en contra de la imposición y rebelarse activamente. Ello dependerá de su proceso subjetivo.

Siguiendo el ejemplo del recubrimiento imaginario de los ovarios, que de ser un órgano físico, pasan a ser imaginados como `huevos depositarios de la valentía', en el paso a la esfera psíquica lo que ocurriría es que una mujer construye una representación psíquica acerca de sus ovarios. Y cómo sea esa representación procederá de la experiencia que haya tenido sobre su funcionamiento. Por ejemplo,

una joven que tenga reglas irregulares, a veces con períodos largos de amenorrea y el ginecólogo le ha dicho que el vello que tiene en la cara, así como el acné y estas reglas infrecuentes son porque tiene pocas hormonas femeninas, porque sus ovarios son `duros' y 'perezosos', como a veces se les dice a las pacientes. La joven interioriza que sus ovarios son poco femeninos y acaba teniendo la idea de que ella es también poco femenina. Es su representación psíquica. Una joven decía que tenía los `ovarios dormidos', que ella era muy `dura' y por eso no se quedaba embarazada. Su representación mental sobre sí misma.

El proceso subjetivo proporciona una oportunidad, la simbolización.

Simbolizar es crear desde el deseo del sujeto una producción que le representa, que le simboliza, que lo pone en el mundo y causa efectos en los otros. Esta función es la que nos hace humanos; nos simbolizamos en el mundo a través de nuestras obras, de nuestras producciones. Cada vez que firmamos una obra -ya sea un libro, una obra de arte, un trabajo, o ponemos nombre a un hijo o hija-, estamos poniendo en el mundo algo que nos representa, un producto de nuestra identidad, firmado con nuestro nombre, que es un símbolo nuestro y que produce efectos en los otros y en el mundo.

De esta capacidad de simbolizar procede la posibilidad de la creación, el trabajo, el amor, que son producciones simbólicas del sujeto. En términos no psicoanalíticos, podemos decir que son las realizaciones del sujeto, aquello a través de lo que se realiza su deseo. Simbolizar requiere por tanto, un grado de profundidad en nuestro interior en el que se perfila el sujeto que desea, profundidad que alberga el proceso de gestación de ideas y creaciones procedentes de la identidad de este sujeto. No de las imágenes de superficie (la cubierta imaginaria) que dan lugar a múltiples identificaciones con los modelos que se reciben constantemente y con los que construimos historias sobre nosotros mismos y los demás, todo eso que nos une al exterior - toda nuestra cubierta imaginaria que es nuestro Yo-; por el contrario, son realizaciones procedentes del sujeto singular que nos habita.

Las vías de simbolización no son infinitas, probablemente podemos resumir los caminos de realización del sujeto en

-el trabajo,

-el saber,

-el amor,

-el encuentro con los otros,

-tener hijos/as,

-la creación.

Y otras más contemplativas como:

-el placer estético,

-la mística.

Es diferente actuar a partir de la cubierta imaginaria - siguiendo los modelos sociales aprendidos y esperados de nosotros-, a actuar desde el deseo que simboliza al sujeto. Habitualmente circulamos por las series de identificaciones, respondiendo a los encuentros y los lazos con las personas y situaciones que se presentan en la vida. Esta circulación imaginaria es imprescindible y es el modo del que disponemos para relacionarnos, pero el sujeto estaría hueco si además no simbolizara y produjera desde su identidad. De hecho cuando está hueco, sin vías de realización, pierde el sentido de la vida y el sentimiento asociado es el de `vacío', síntoma de la depresión.

Disponer de alguna de las vías de realización es imprescindible para estar sano/a. Casi nadie accede a todas ellas, pero en todo momento de la vida es necesaria alguna de las vías. Sin simbolizar de alguna manera, el sujeto, tarde o temprano, enferma. Ya sea del cuerpo o de la mente. El sujeto carente de realización está en una posición pasiva, no se encuentra en función de sí mismo, sino que está al pairo del deseo de los otros y, por tanto, queda situado como objeto de los otros u objeto de lo social, de manera que actúa para responder a lo que desean de él o ella. No desea y realiza sus propios proyectos, sino que se limita a mantener un funcionamiento de superficie, imaginario, en sustitución del propio deseo. Y estas son posiciones subjetivas distintas: la posición de sujeto activo, produciendo desde su propio deseo, o posición pasiva, actuando como objeto de lo que desean los otros. Las posiciones subjetivas pasivas son enfermantes, por el contrario, simbolizar es salud.

Por eso, los procesos psicosociales de vulnerabilidad - como pueden ser la pérdida de un ser querido, o una separación, o un conflicto con el trabajo, o malos tratos de la pareja-, lo son por una doble vía: por la acción de las condiciones sociales que exponen a las personas a funcionamientos que pueden sobrecargar o resultar conflictivos, o exponer a abusos e injusticias; y además, por los efectos del significado subjetivo que para cada cual adquiere aquella disposición social. A menudo, un factor social de riesgo severo, como pueden ser acontecimientos familiares violentos, puede ser resignificado de forma manejable para unas personas, y puede ser muy destructivo para otras. Ello dependerá, en una parte, de la posición subjetiva que consiga adoptar cada persona: o activa y representándose a sí misma como capaz de superarlo, o bien pasiva y siendo objeto víctima de las circunstancias. Cuando trabajemos sobre los procesos psicosociales para promover o recuperar la salud, habrá que actuar, tanto sobre las situaciones sociales, como sobre las posiciones subjetivas con que se afrontan.

4. 1.3. Interacción psico-corporal: síntomas y psicosomática

Y otro proceso de interacción más, es el efecto de las representaciones mentales sobre el cuerpo. Los rasgos físicos cambian según el momento vital y las identificaciones en las que cada cual se coloca, los cuales dejan sus huellas en el

cuerpo. La pulsión es la energía psíquica (que escribe sobre el cuerpo), las representaciones mentales. Las formas, los gestos e, incluso, los síntomas expresan la representación psíquica de la que proceden. La plasticidad del cuerpo si, según las vivencias es debida a este mecanismo, mal conocido, del efecto mental sobre la materia corporal, que es también el mecanismo del efecto psicosomático.

Los síntomas son metáforas que simbolizan la representación o conflicto mental de la que proceden. Por ejemplo, es conocido el experimento sobre los desencadenantes de crisis asmática en niños alérgicos a los gatos; basta con hacerles creer que hay un gato en la habitación para que se desencadene la crisis, es decir, basta la representación mental del gato para desencadenar el efecto somático, y esto se debe al significado subjetivo que el gato tiene, no a lo que este es en realidad.

La pulsión - energía psíquica que usa el deseo para alcanzar la satisfacción-, que no es vehiculizada revierte sobre el propio cuerpo y escribe sobre él y sobre sus órganos el dolor y los símbolos que no puede representar de otra manera. Los síntomas son una metáfora de aquello vivido que no puede ser simbolizado. Tanto síntomas anímicos o de la conducta, como síntomas físicos, pueden ser símbolos de los conflictos que no pueden ser pensados y expresados con palabras. El corazón, por ejemplo, responde al dolor psíquico. Es el órgano vital por excelencia y cuando alguna vivencia amenaza la integridad del ser, el corazón funciona fisiológicamente amenazado. Aceleraciones, arritmias que son la respuesta cardiaca, no exactamente a nervios o estrés inespecífico, sino a ideas o sensaciones psíquicas dolorosas. Puede llegar a funcionar igual que si se hubiera roto, le llaman el `síndrome del corazón roto' (Illa S.Wittstein, 2005) que, por cierto, afecta sobre todo a mujeres de edad madura, y que aparece igual que un infarto masivo en respuesta a un fuerte dolor psíquico, como la pérdida repentina de un ser querido que `parte el corazón', esta frase es una metáfora escrita en el cuerpo. Los síntomas son así una vía de simbolización alternativa.

El efecto psicosomático es precisamente esto: una idea con su correspondiente afecto, pasa a la esfera de lo real, se escribe en el cuerpo en forma de síntoma - a veces incluso de una lesión de órgano-, y pasa así a ser un símbolo de aquello que no ha podido tomar el camino de su expresión mental (Pierre Marty, 1992; David Nasio, 1996). El dolor psíquico se transforma en dolor físico. Lo saben bien en las unidades del dolor donde uno de los recursos que utilizan para dolores físicos son los antidepresivos, porque parece ser que el dolor psíquico y físico se originan en el mismo lugar cerebral (Juan Antonio Micó, 2004).

Dice Gérard Pommier:

> En el nivel cortical, las áreas del cuerpo psíquico (los sueños) recubren exactamente las del cuerpo fisiológico. Decir que el funcionamiento del cuerpo humano es el resultado del recubrimiento en las áreas cerebrales de las representaciones del organismo físico por el cuerpo psíquico, significa que un doblez pulsional inconsciente anima el cuerpo en cada una de sus partes: de

> manera que un sueño puede enfermar de la misma manera que un acontecimiento de la realidad (2000, pág. 59).

Cuando el propio cuerpo no alcanza una representación simbólica, psíquica, que lo haga existir mentalmente para el sujeto, o esa existencia parece amenazada, es presa de alteraciones vegetativas. Es lo que ocurre cuando alguien empieza a pensar que está enfermo, que puede tener un cáncer o que va a sufrir una enfermedad, y se apodera de él el miedo, la representación mental de su cuerpo es de que va a desaparecer, y se marea, tiene vértigos, angustia; el cuerpo reacciona vegetativamente ante esta amenaza mental. Son las manifestaciones somáticas de la angustia clasificadas, a veces, como somatizaciones.

Asimismo, el dolor crónico, dolor de la envoltura muscular, dolor psíquico que revierte sobre el cuerpo cuando no se puede simbolizar mediante una sublimación o simbolización que le dé un camino mental. Y múltiples otros síntomas somáticos funcionales se presentan cuando está debilitada o ausente la vía para mentalizar, pensar, reconocer y resolver conflictos vivenciales que son negados. En la cultura occidental, cada vez se reflexiona menos sobre lo que a uno/a le ocurre y cada vez las personas se hacen menos cargo de los efectos de sus vivencias y de encontrarles un espacio mental. La medicina ha sido adoptada como el gran saber al que nos entregamos como objetos no reflexivos para que nos ajuste la maquina corporal.

Esta interacción psico-somática permite entender otro aspecto de los factores determinantes de salud: el factor subjetivo o de la experiencia vivida que se somatiza, ya sea en trastornos funcionales, en las innumerables formas de dolor o en lesiones de órgano.

Hoy día, bajo la égida de la biomedicina, los marcos teóricos tienden a omitir todo lo que se refiere a la esfera psíquica. Estamos en un momento cultural en que el organicismo es hegemónico y existe una dificultad importante para aproximarse al conocimiento `psi', muy especialmente si se refiere a la subjetividad y el inconsciente. Un efecto de esta situación es, por ejemplo, el concepto de embodiment de la teoría ecosocial (Nancy Krieger, 2001). Habla de la incorporación de lo social directamente en los cuerpos, omitiendo el paso intermedio para que esto ocurra, que es a través de los procesos mentales. Todos los efectos de los determinantes sociales sobre la salud que se estudian desde la teoría ecosocial, van demostrando la relación entre los determinantes sociales y la salud. Al hacerlo en términos poblacionales, no precisa descender a los mecanismos del embodiment. Pero si queremos entender por qué camino el hecho social toma cuerpo, hace falta comprender que es internalizado en la esfera psíquica, desde la que actúa sobre el cuerpo Todo ello es perfectamente compatible, con poner la mirada, tanto sobre los factores sociales determinantes, como sobre los procesos mentales cuando interesa explicar cómo se produce teniendo en cuenta la intervención de la vida subjetiva. Importa también porque esto quiere decir que se cuenta con la existencia del sujeto y que no somos sólo objetos de un determinismo social.

4.2. SISTEMA SUJETO-SEXO-GÉNERO

Se trata ahora del lugar que tiene el sexo en el sistema biopsicosocial.

El cuerpo es portador de la diferencia anatomo - fisiológica que determina la adscripción a un sexo biológico. Podemos decir que existe un extremo corporal de hembra y otro extremo de macho, aunque está intercalado por una gama continua de variaciones de cuerpo sexual, los intersexos, debidos a motivos genéticos y biológicos diversos. Se concibe el sexo corporal como un continuum, que si bien puede identificarse en sus extremos con los cuerpos de macho o de hembra, existen una serie amplia de aquellos estados intersexo. Es necesario visibilizar esta evidencia, porque el supuesto dimorfismo sexual aparece como la norma heterosexual hegemónica (Judith Butler, 2006) que deja excluidas a las minorías sexuales, las cuales no son formas patológicas, sino de la normalidad humana. En cualquier caso, hablamos de sexo para referirnos a estas realidades anatómicas, aún no reconvertidas por el proceso social y psíquico (Esquema 4. Sistema sujeto-sexo-género).

En la esfera social de relación y vínculos con los otros y otras, nos adscribiríamos a identificaciones de mujeres o de hombres. Estas identificaciones se construyen en la socialización primaria dentro de la familia, en relación con las personas y funciones significativas (madre, padre, abuelos, hermanas, hermanos...) y en el encuentro exogámico con el otro sexo en la adolescencia, así como en la posterior socialización secundaria, la escuela, la calle... Hoy día, los medios de comunicación tienen un alto potencial en la socialización secundaria transmitiendo modelos y normas.

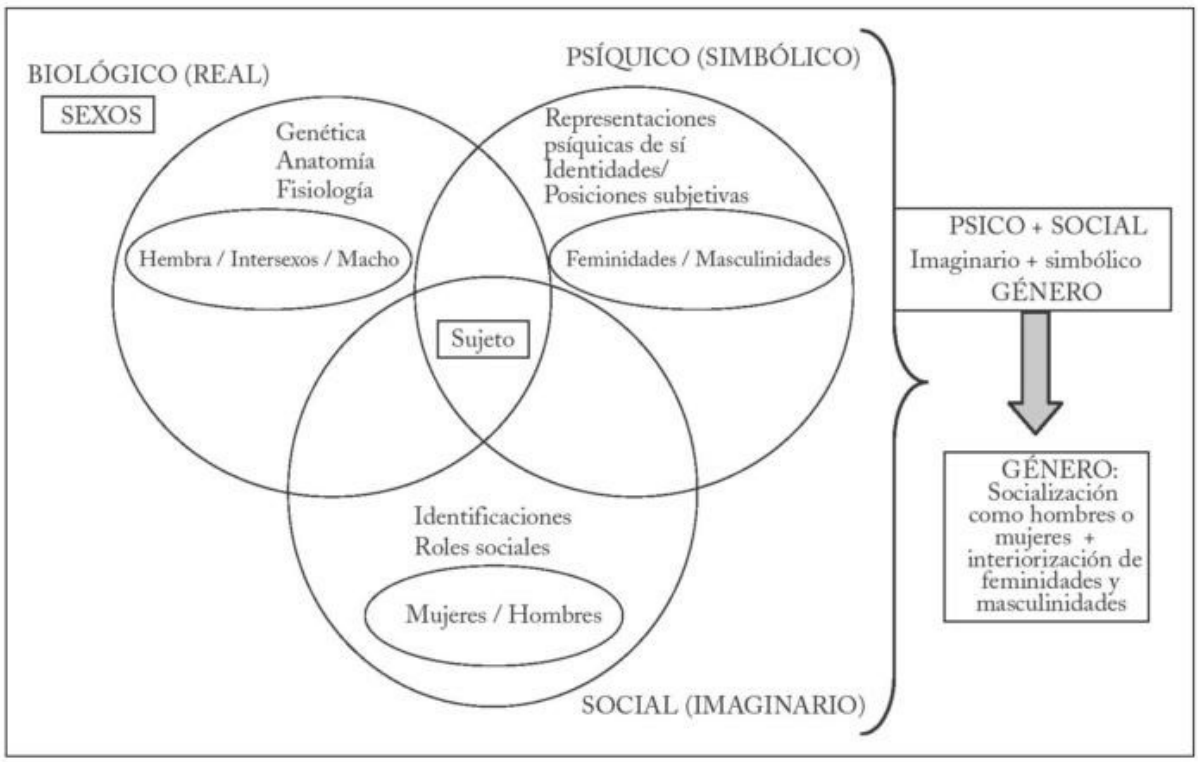
Así, hombres o mujeres se construyen como experiencia social que añade significados (imaginarios) al estado corporal de macho/hembra u otros estados sexuales. Por esta construcción social de las identificaciones, que varían según las culturas, existe una gama no acabada de identificaciones y formas de ser hombre o mujer. Los signos sociales que se imprimirán serán distintos para mujeres de una etnia, o de un país, o de una clase social diferente. No hay una forma universal de ser mujer u hombre.

Dentro de estas identificaciones aprendemos a representar los roles sociales correspondientes. Así los roles de género son los papeles y funciones que la sociedad asigna a cada posición sexual. Son recubrimientos imaginarios que otorgan funciones distintas a los individuos nacidos macho o hembra y connotados con los valores e ideales del sexo asignado. Los aprendemos, tendemos a representarlos y nos identificamos con ellos y van cambiando según cambian las concepciones sociales del momento. Es el fundamento de la famosa máxima de Simone de Bouvoire: «La mujer no nace, se hace».

Y por último, el tercer registro es el psíquico donde se trata de posiciones subjetivas femeninas y masculinas. Las representaciones psíquicas construcciones no idénticas a la realidad, mediatizadas por el deseo, la fantasía, el lugar que ocupamos con respecto al otro, al otro sexuado en este caso, y los afectos que ese lugar nos

provoca.

ESQUEMA 4.-Sistema sujeto-sexo-género



En la medida en que lo imaginario se transforma en simbólico, por el paso de la interiorización de las representaciones sociales a representaciones psíquicas y sus producciones de identidad, las posiciones femeninas y masculinas son posiciones subjetivas. Como tales, pueden ser cambiantes de un momento a otro en la vida de una persona. Una misma persona puede portar insignias de feminidad y de masculinidad, incluso independientemente de su sexo biológico y de su adscripción social a mujer u hombre. Y también puede mantener posiciones femeninas o masculinas en una diversidad de orientaciones sexuales: la masculinidad femenina de lesbianas masculina, las lesbianas femeninas, la feminidad masculina de homosexuales, etc. (Judith Halbestam, 1998).

Es cierto que hasta hace poco se concebía una distribución binaria y ordenadamente correlativa entre mujer-feminidad y hombre-masculinidad. Los y las transexuales tratan de encajar en esta díada su cuerpo que no se corresponde bien. Pero feminidad y masculinidad son posiciones subjetivas, cuyos atributos están socialmente construidos y cuya distribución no es binaria, sino que existe diversidad de identidades con componentes masculinos y femeninos (Judith Butler, 2006). Las características sexuales del cuerpo, se reconstruyen y pueden cambiar al resignificarse en el proceso de socialización y, en tercer término, también redefinirse en la realidad psíquica. El transito es de lo biológico de hembra/macho, a lo social de mujeres / hombres, a lo psíquico de feminidades/masculinidades.

4.2.1. El género es psicosocial

Cuando hablamos de la esfera biológica hablamos de sexo. Cuando hablamos de las esferas social y psíquica hablamos de género. Estos son los términos del sistema sujeto-sexo-género. El sexo es `bio' y el género es lo psicosocial. Si definimos ahora el género se trata de la socialización como hombre o mujer y las posiciones femeninas y masculinas interiorizadas en la esfera psíquica. Así, el componente de género del sistema contiene los atributos sociales, las normas y los roles de género, y también los ideales y componentes subjetivos de las identidades femenina y masculina.

Hay que contar, en tercer término, con el sujeto en el sistema (Gloria Bonder, 2006). No existen dos género, el masculino y el femenino, no se trata del género femenino o masculino. Existen distintos y variados modelos de género que normativizan atribuciones diversas a la feminidad y la masculinidad y estas quedan repartidas de diversas formas en los sujetos de cada sexo. Y son estas distintas formulas de atributos y funciones de género adjudicadas a los sexos, las que varían al mismo ritmo que cambia la sociedad. Y lo que imprime el resultado singular en cada persona, es el sujeto que construye también su formula de género con la que se identifica. Está siempre relacionada con la posición sexual, pero la construcción del género para cada persona es una experiencia psicosocial, que da lugar a resultados diversos. Quiere esto decir, por ejemplo, que una mujer ama de casa, que se dedica al cuidado de su casa y sus hijos e hijas, que depende económica y afectivamente de su pareja, se habrá socializado en el modelo de género de mujer tradicional, representa ese rol de género y su identidad de género femenina se plegará a los ideales de la realización maternal, de la receptividad y resignación y de la sujeción al deseo masculino, todo ello son las atribuciones de género para su sexo de mujer. Y otra mujer que ha estudiado, que tiene objetivos y proyectos de vida propios, que no necesariamente concibe la vida en pareja como única opción, que no tiene deseo de ser madre y que además se orienta sexualmente hacia otras mujeres, se habrá socializado en un modelo de género contemporáneo, se identificará con roles de género muy distintos a los tradicionales y su identidad de género está construida de estos otros ideales en los que puede sentirse femenina o masculina según la situación, porque subjetivamente los contenidos de las posiciones femenina y masculina son para ella distintos de los que han sido clásicos. Ambas mujeres están en modelos de género distintos, aún siendo mujeres las dos. No son una del género femenino y otra del masculino, sino que están una en el género tradicional y otra en el género contemporáneo. Existe dificultad para comprender el concepto de género sin confundirlo con el sexo. Decir que una persona es de género masculino o femenino, es estar cometiendo este error.

Y proponemos una variante sobre el sistema sexo/género de Gayle Rubin, un tercer componente en el sistema: el sujeto. Una persona se define en un sexo (no entre dos, sino entre varios posibles, mujer hombre, intersexo...), además, se identificará con un modelo de género en el que funcionar socialmente, adoptando los roles de género, incluso con una identidad de género y, además, se construirá una estructura subjetiva que moverá sus deseos y sus actos, en la que las particularidades de su sexo y de sus atributos de género, formarán parte de sus posiciones subjetivas, feminidad y

masculinidad.

Estos conceptos son los que nos permitirán analizar el género como determinante de salud, porque nos permitirá analizar cómo los roles de género, los ideales de feminidad y masculinidad y su significado personal y subjetivo para cada persona, pueden exponerles a situaciones de vulnerabilidad.

4.2.2. Sistema de relaciones de género entre los sexos

El sentido que el feminismo estructuralista le dio al sistema sexo/género (Gayle Rubin, 1975; Isabel Martínez-Benlloch y cols., 2000) fue el de un sistema de relaciones entre los sexos, en base a las funciones asignadas por la estructura social de género. El género es el mecanismo que articula las relaciones entre los sexos (Judith Butler, 2006).

Podemos ejemplificar el paralelismo con el sistema capitalista que organiza la sociedad: los componentes del sistema capitalista son el capital y las fuerzas productivas; con el mecanismo de la propiedad privada se mantiene el capital en manos ajenas a las manos que producen los bienes, lo cual conlleva una relación de poder entre ambas fuerzas. Del mismo modo, en el sistema sexo/género los componentes son ambos sexos, mujeres y hombres, que mediante el mecanismo de las atribuciones y funciones de género, se coloca a los hombres en posición de superioridad y posesión sobre las mujeres, por lo que se establecen relaciones de poder entre ambos sexos. El problema histórico es que las relaciones de género han sido de poder/subordinación. El orden patriarcal es el que ha dictado esas atribuciones de género para unos y otras.

Pero en este sistema sexo/género podrían darse atribuciones y funciones igualitarias para los sexos y entonces las relaciones, seguirían siendo de género, pero no serían de poder. Esto se producirá cuando en lugar del orden patriarcal, vivamos en un orden igualitario - post-patriarcal-, al que aún es difícil encontrar un nombre. Un orden en el que las mujeres y los hombres no queden definidos en posiciones disímiles de superioridad o inferioridad. En él, las relaciones de género darán otros problemas, pero estos no serán los derivados de la relación de poder/subordinación.

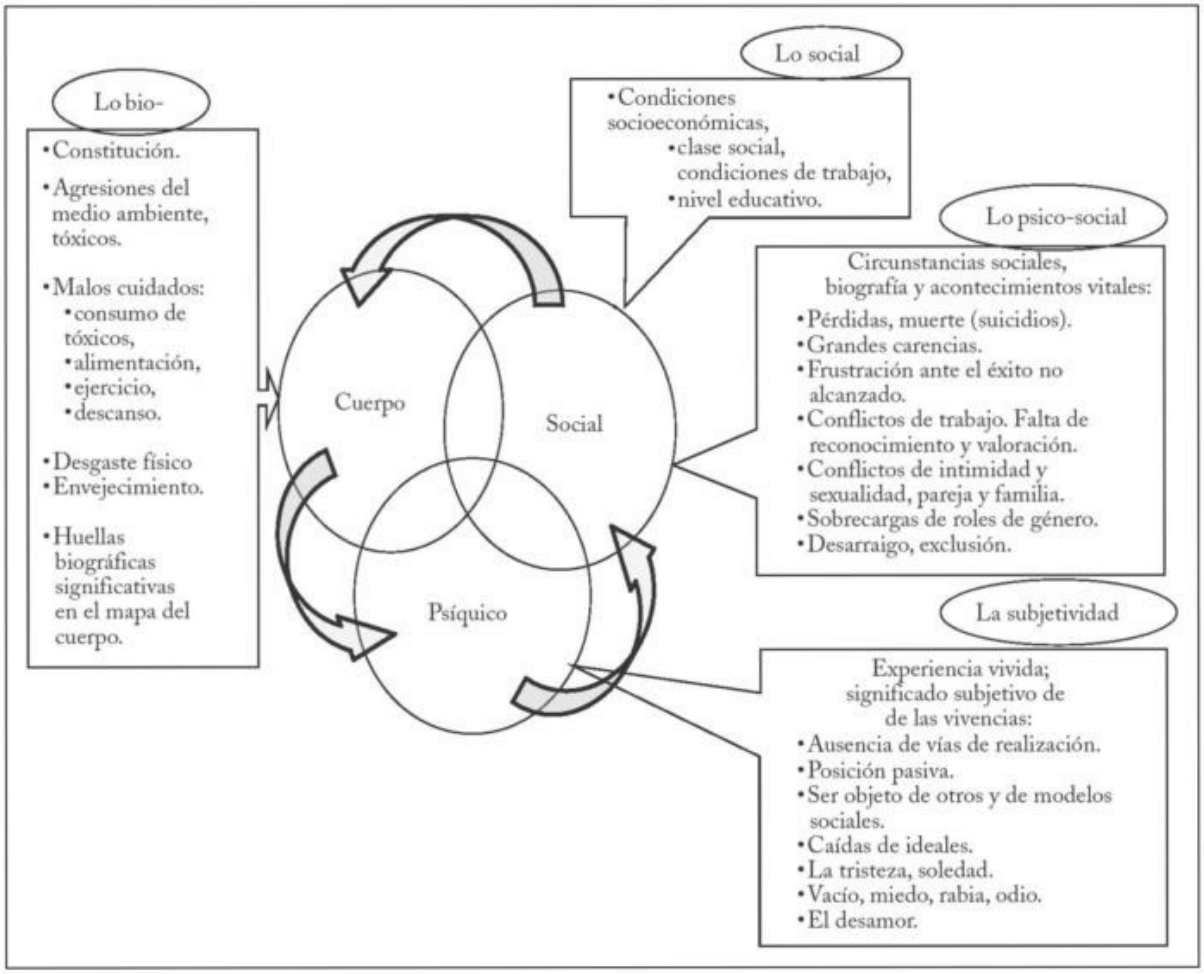
Esta es la segunda utilidad del sistema sujeto/sexo/género es la que nos permite analizar las relaciones sociales entre las personas, desde los tres componentes: por sus identidades singulares (las de sujetos); por las condiciones de los sexos, y por las relaciones de género.

Capítulo 5

Determinantes biopsicosociales para la salud

Los factores determinantes de salud procederán de los tres campos: factores biológicos, factores sociales y procesos psicosociales (Esquema 5).

ESQUEMA 5.-Factores biopsicosociales determinantes en el proceso salud-enfermedad



5.1. FACTORES BIOLÓGICOS DE RIESGO

Pertenecen a la esfera biológica y actúan sobre ella. Son condicionantes biológicos la genética y la constitución, que predisponen a enfermar de una forma u otra.

También el cuerpo puede estar expuesto a agresiones fisicoquímicas procedentes del medio ambiente; a los buenos o malos cuidados producto de los estilos de vida, entre los que se incluyen la alimentación, el consumo de tóxicos, el ejercicio, el descanso; el desgaste y el envejecimiento. Todos ellos son factores determinantes biológicos de riesgo en el proceso salud/enfermedad. A pesar de su importancia, no

nos ocupamos de ello en este libro que se limita a desarrollar los aspectos psicosociales, sobre todo los de género. En la tercera parte se hará referencia a las posibilidades de análisis de género sobre la distinta exposición y la diferente vulnerabilidad de mujeres y hombres a los mismos factores de riesgo, debido a sus diferencias biológicas que, a menudo, son invisibilizadas (Carme Valls-Llobet, 2006; Gita Sen, Piroska Ostlin y Asha George, 2007). También se hará referencia a las diferencias de riesgo entre mujeres y hombres debida a los estilos de vida. Por ejemplo, el consumo de tabaco y alcohol es mucho más frecuente en hombres que en mujeres (Lucía Artazcoz, 2005) y probablemente tiene más que ver con el patrón de enfermar masculino que con el de las mujeres. Se debe, sin duda, a comportamientos basados en los modelos de género, es decir, si los hombres fuman y beben más es porque son conductas tradicionalmente relacionas con la vida pública y con valores masculinos, mientras que las mujeres, recluidas en el ámbito privado y siendo fumar y beber signos que dañaban la feminidad, sólo han empezado a tener estos hábitos cuando han ido saliendo de ese modelo tradicional de género (Ministerio de Sanidad, 2006 y 2007; Gita Sen, Piroska Ostlin y Asha George, 2007). Del mismo modo, el ejercicio, el descanso y la alimentación, deben ser analizados bajo la óptica que trate de explicar a qué modelos de comportamiento y formas de vida responden las mujeres cuando hacen menos ejercicio que los hombres, duermen menos o se alimentan de uno u otro modo. La disponibilidad de tiempo propio para dedicarse a sí misma, el cuidado activo del cuerpo y cierta identificación con la potencia física que requiere el acto de practicar ejercicio, son valores que no están incluidos en el modelo tradicional de género para las mujeres, y sí de los hombres. Es decir, la estructura social de género determina que las personas puedan comportarse de una forma u otra, y analizarlo y visibilizarlo permite comprender una parte de las causas de los estilos de vida y de la diferente exposición a factores biológicos de riesgo.

5.2. FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Los factores de riesgo que proceden de las condiciones socioeconómicas, como la clase social, la relación con la producción y las condiciones de trabajo merecen una consideración especial dentro del enfoque de género. Ejercen su influencia desde la esfera de lo social y son determinantes de salud que generan desigualdades de género en la forma de enfermar.

Las personas en situación socioeconómica más desfavorecida son sistemáticamente más vulnerables, ya se trate de carencias materiales, trabajo precario, carencias culturales o educativas, ya que estas condiciones las privan de poder y control sobre su vida. Son los factores socioeconómicos que generan las desigualdades sociales, principal causa de sobremorbilidad y sobremortalidad, por encima de cualquier otro factor de riesgo (Joan Benach y Carles Muntaner, 2008; OMS, 2008).

Entre los factores de la estructura social que coloca en desventaja a unas personas sobre otras está el género. Y las desigualdades de género son causa de peor salud y deterioro de la calidad de vida para las mujeres.

El modelo tradicional de división sexual del trabajo (trabajo reproductivo recluido en el espacio doméstico para las mujeres y productivo remunerado para los hombres) sigue regenerándose en el mundo laboral y afectando negativamente la posición social de las mujeres, resultando inequidades que repercuten en desigualdades y riesgos para la salud. Dice Gita Sen y cols. (2007) en su informe para OMS, que el estereotipo social que desvaloriza a las mujeres y lo que ellas hacen, así como menor estatus en la vida pública y laboral,

> ... genera desiguales estándares de contratación, desiguales oportunidades de entrenamiento y formación, menor salario a igual trabajo, desigual acceso a los recursos productivos, segregación y concentración de las mujeres en sectores y ocupaciones tradicionalmente femeninos, diferentes condiciones de trabajo físicas y mentales, desigual participación en las decisiones, menor control y desigual promoción (2007, pág. 50).

Los riesgos físicos de salud en el lugar de trabajo, son distintos para mujeres y hombres debido a los modelos de género. Los accidentes y las víctimas mortales son más frecuentes entre ellos, porque los tipos de trabajo y el entorno son peligrosos. Y se exponen más que las mujeres a ruidos, vibraciones, temperaturas extremas y levantamiento de pesos pesados. Sin embargo, los riesgos de salud de las mujeres en el trabajo, proceden más de altas demandas y poco control; por movimientos repetitivos y posturas forzadas y con intensa exposición cara al público. Para ellas, son más frecuentes el cansancio, estrés y problemas músculo-esqueléticos (Gita Sen, Piroska Ostlin y Asha George, 2007).

Los efectos del trabajo sobre la salud se relacionan también con los roles de género. Se sabe que las mujeres que trabajan tienen mejor estado de salud que las amas de casa (Dorothy P.Rice y cols., 1984; Judith Hibbard y cols., 1985; Lucía Artazcoz y cols., 2007). Ahora bien, este beneficio depende de algunas características del trabajo y de la situación y roles familiares. Ingrid Waldron en 1980, resumió las tres áreas principales de discusión sobre salud de la mujer y trabajo - preguntas de investigación que siguen vigentes hasta el momento-, según los cuales el trabajo puede ser una fuente de estrés o bien, amortiguarlo según:

1. características, ambiente en el trabajo,

2. combinación de roles familiares y empleo como posible fuente de conflicto o sobrecarga,

3. trabajo como fuente de autoestima, identidad y apoyo social.

Entre las condiciones del trabajo, el empleo precario se relaciona:

> ... con problemas de salud mental (por ejemplo, contratos de trabajo temporal, trabajo sin contrato y trabajo a tiempo parcial). La precariedad laboral que percibe el trabajador tiene importantes efectos perjudiciales para su salud física y mental (Lucía Artazcoz y cols., 2005, citada en OMS, 2008, pág. 8).

Y esta precariedad afecta proporcionalmente más a las mujeres. El informe de 2008 de la Comisión de Desigualdades Sociales de OMS, dice:

> El estrés laboral está relacionado con el 50% de las cardiopatías coronarias; además, los datos de que se dispone muestran invariablemente que los trabajos con un nivel de exigencia elevado, la falta de control y el hecho de que el esfuerzo realizado no se vea suficientemente recompensado son factores de riesgo que pueden desembocar en problemas de salud física y mental.
>
> > Ello incluye ampliar la protección social a quienes tienen empleos precarios, en particular en el sector no estructurado, en el del trabajo doméstico o en el de la asistencia a otras personas. Eso es esencial para los países pobres donde la mayoría de la población trabaja en el sector no estructurado, así como para las mujeres, pues sus obligaciones familiares a menudo les impide beneficiarse de un conjunto adecuado de prestaciones en los sistemas contributivos de protección social (2008, pág.8).

Otras características del trabajo, la presión de tiempo y tareas repetitivas o peligrosas, empobrecen la salud, mientras que el trabajo de mayor estatus proporciona más reconocimiento y apoyo social es más beneficioso. A su vez, hay más beneficio cuando las mujeres tienen menos cargas y roles familiares múltiples (Ingrid Waldron, 1980; Sara Arber, 1991).

También ha habido controversia sobre relación entre mantener múltiples roles y el estado de salud, con evidencias de que tener acceso a múltiples relacionales sociales en el trabajo, amigos, familiares, es un factor protector de salud (Louise Verbrugge, 1983 y 1985; PeggyThoits, 1983). Las evidencias sugieren que el apoyo social recibido y ser parte de la red social son beneficios indirectos procedentes del desempeño del trabajo productivo que tiene efectos positivos sobre el estado de salud (Judith Hibbard y Clyde Pope, 1985). Se demuestra que el modo de vida tradicional de las mujeres, aisladas en el espacio doméstico, en una posición socialmente pasiva, sin un trabajo remunerado, careciendo de una red social de apoyo, son factores sociales determinantes de mala salud y malestar psicológico (Judith Hibbard, 1985; Fernando Conde, 2000). Y las mujeres amas de casa, al llegar a la madurez y disminuir aún más drásticamente las funciones y roles sociales y familiares que pueden desempeñar, presentan peor salud que las mujeres con trabajo remunerado, que pueden seguir contando con múltiples relaciones y campos de actividad (Hibbard, 1985).

5.3. PROCESOS PSICOSOCIALES DE VULNERABILIDAD

Los determinantes psicosociales quedan mejor expresados con el término `procesos de vulnerabilidad'que se refiere a aquellas situaciones o experiencias relacionados con modos de vida (Jaime Breilh, 2003) que colocan a las personas en situación

potencialmente vulnerable. El término clásico de `factores de riesgo' parece más adecuado para referirse a factores externos estáticos y mensurables como variables y que hemos utilizado para los factores de la esfera biológica y los factores socioeconómicos de la esfera social.

Los procesos psicosociales determinantes de salud/enfermedad tienen que ver con las circunstancias sociales, la biografía y los acontecimientos vitales, con una doble vertiente: son situaciones sociales, y, además, tienen repercusión vivencial en la experiencia subjetiva. Y son determinantes de salud/enfermedad cuando dañan la integridad personal y deterioran las capacidades y recursos personales para resolver los problemas y vivir con sentido.

Los principales (Esquema 5) son las grandes carencias de cualquier orden - social, material, relacional y afectivo-. Sin duda la pobreza es el factor social más claramente determinante. Las pérdidas, tanto más cuanto más significativas sean para la vida del sujeto. La frustración ante el éxito no alcanzado. Este proceso es muy relevante en la sociedad contemporánea porque estamos bombardeados por un ideal de éxito social y personal que muy pocas veces se puede alcanzar. Los conflictos en el trabajo y la falta de reconocimiento y valoración. Conflictos de intimidad y sexualidad, pareja y familia. Sobrecargas debidas a acumulación y contradicción en los roles de género, de lo cual tratamos ampliamente en el capítulo siguiente. El desarraigo y la exclusión social. Y un proceso psicosocial de la mayor importancia y apenas considerado, es la ausencia de vías de realización personal. Decíamos que el sujeto necesita producir realizaciones que le simbolizan en el mundo y le dan sentido, estas vías eran el trabajo, el saber, la maternidad y la paternidad, el amor, el encuentro significativo con los otros, la creación... Si no existe al menos alguna de estas vías, porque las circunstancias sociales lo impiden, el sujeto queda en una posición pasiva, expuesto a ser objeto de lo social o de los otros y esto es finalmente enfermante.

Se añaden los procesos que dependen de la vivencia subjetiva, es decir, cómo es para cada uno/a la experiencia vivida y su significado. Es un tercer término a tener en cuenta, porque sólo con lo social, con las contingencias que a alguien le toca vivir, no basta para sufrir o enfermar. Con los mismos determinantes familiares, o con situaciones de extrema carencia, o con cualquier circunstancia potencialmente difícil, una persona puede sentirse destrozada y enfermar y otra puede reaccionar de forma opuesta y mantenerse sana, activa y conseguir trascender su circunstancia. Del mismo modo que con una mínima dificultad vivencial, alguien puede caer en el sufrimiento y otras personas no. Esto se debe a que la vivencia subjetiva de las misma circunstancias es diferente para cada persona, tanto por la constitución individual como por los significados diferentes que para cada cual puede adquirir un suceso. El conocido dicho: `No vemos el mundo como es, sino como somos' expresa esta paradoja sobre la realidad psíquica subjetiva diferente de la realidad exterior.

En consecuencia, en esta esfera, lo que importa es la posición subjetiva que se adquiere ante los sucesos. Son enfermantes las posiciones subjetivas pasivas y objetales que se acompañan de inhibición y dependencia, sea cual sea la experiencia

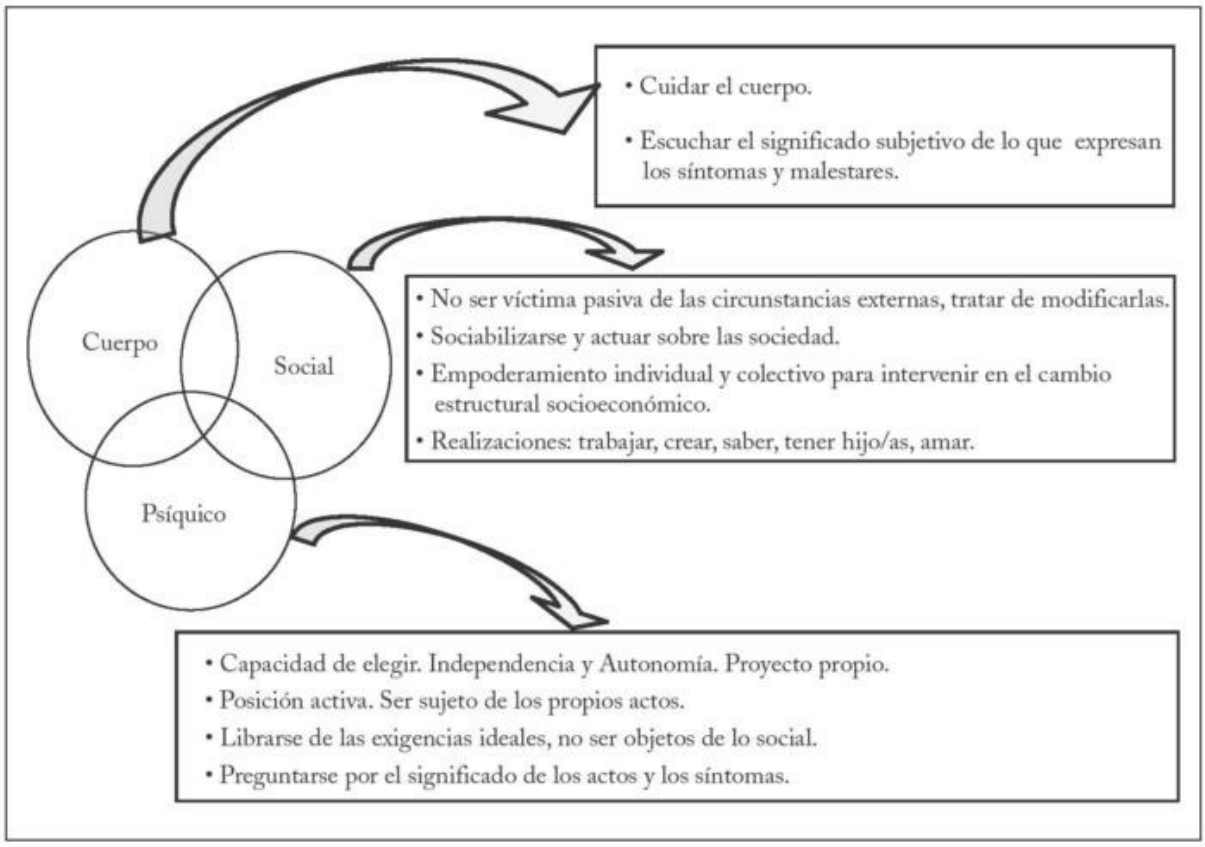
que se vive. Y los afectos que desintegran la representación de uno/a misma, como la tristeza, la soledad y el desamor; los afectos que no se pueden manejar o que están socialmente mal vistos y es necesario ocultar, como la rabia o el odio (Esquema 5).

Por último, en el cuerpo aparecen las huellas biográficas significativas. El cuerpo es un mapa sobre el que se imprimen las vivencias del sujeto que lo habita. El cuerpo es así receptor en el que se materializan esas huellas subjetivas.

5.4. PROCESOS PROTECTORES

Podemos también hablar de los procesos que serían protectores ya que nos permite ver el horizonte hacia el que hay que tender al realizar intervenciones que pretendan influir en el equilibrio de salud-enfermedad (Esquema 6).

ESQUEMA 6. Procesos biopsicosociales protectores de la salud



Sin duda, cuidar el cuerpo sabiendo que es vulnerable si no se le proporciona el alimento y los cuidados para un buen funcionamiento fisiológico. La alimentación, el ejercicio, evitar los tóxicos y las agresiones.

También forma parte de este cuidado del cuerpo escuchar el significado que puedan tener los síntomas corporales. Cada vez perdemos más la capacidad para mentalizar el funcionamiento del cuerpo e interrogarnos sobre por qué ocurre tal o cual disfunción o dolor, si está relacionado con alguna situación vivencial. Aún en manifestaciones orgánicas, lo que nos ocurre puede tener algún sentido y puede estar

relacionado con un hecho biográfico. Averiguarlo y reconocerlo permite afrontar también esta parte de la determinación del problema y no vivir en la ignorancia sobre nosotras/os mismas/os.

En la esfera social, se trata de mantener lazos significativos con los otros y una presencia como miembro activo y constructor de la sociedad. Tanto en las relaciones con cada persona, como con la sociedad misma, evitar ser víctima pasiva de las circunstancias externas, por el contrario, tratar de modificar aquello que nos perjudica o es injusto o nos pasiviza. En definitiva sociabilizarse y actuar sobre la sociedad en que se vive, desde el pequeño grupo (la familia, el grupo de amigos/os, la comunidad...) hasta la sociedad misma. Empoderarse tanto individual como colectivamente e intervenir en el cambio de la estructura socioeconómica causante de desigualdades.

Mantener siempre alguna vía de realización: trabajar, crear, saber, tener hijo/as o amar, el encuentro significativo con los otros.

En la esfera psíquica, las protecciones fundamentales son mantener una posición activa de realización del deseo, es decir, ser sujeto de los propios actos y no objeto de los otros, lo que implica mantener un horizonte de independencia y autonomía, contar con proyectos vitales propios. Al mismo tiempo, no ser objeto de lo social implica posiciones subjetivas que no sean de objeto de los modelos e ideales imperantes. Perder el afán de omnipotencia que acompaña a la exigencia de éxito y de respuesta absoluta a los ideales impuestos.

Por último, reconocer la existencia de un sujeto interior que tiene sus motivos y por tanto interrogarse por los significados de las posiciones que uno/a mantiene, por el significado de los propios actos e, incluso, de los propios síntomas.

Capítulo 6

Análisis de los determinantes psicosociales de género para la salud

El análisis del género como determinante de salud se desagrega en las siguientes partes:

-Analizar los contenidos de los modelos, roles de género e ideales de feminidad y masculinidad.

-Analizar las relaciones que se establecen entre los sexos desde aquellos modelos y roles.

-Los instrumentos de análisis son el género como mecanismo que articula las relaciones entre los sexos y el sistema sujeto/sexo/género, que organiza la estructura de estas relaciones.

-En segundo término, analizar cómo estos modelos de género exponen a situaciones de vulnerabilidad.

-Analizar es aquí, por tanto, describir e interpretar para comprender por qué y cómo se producen los riesgos para la salud.

Cuando los procesos psicosociales, como los que se han anotado en el capítulo anterior, son debidos a las formas de vida como mujeres u hombres, son procesos psicosociales de género que puedan imprimir vulnerabilidad. Por ejemplo, el mandato tradicional de que las mujeres se subordinen a las necesidades y expectativas de los hombres, es un factor de vulnerabilidad para las mujeres en modelo tradicional. Que los hombres tengan que demostrar siempre potencia y crean que su cuerpo es una maquina invencible (Daniel Leal, 2008), por imperativo de la masculinidad tradicional, es un factor de vulnerabilidad para los hombres.

Los distintos modelos de género son de interés por varias causas. Por una parte, dan lugar a los estereotipos sociales de género, que presuponen una forma de funcionar de hombres y mujeres y, por tanto, influyen en lo que sanitarios y sanitarias esperan de los y las pacientes que atienden, dando lugar a los sesgos de género en la atención. Por ejemplo, el estereotipo de que las mujeres se quejan demasiado porque son más débiles afectivamente y probablemente no están realmente enfermas, procede del modelo tradicional de género. Es el estereotipo social que subyace en la tendencia en los servicios sanitarios a dar menos importancia a los síntomas de las mujeres, produciendo sesgos de menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico. Utilizaremos este análisis más adelante al tratar sobre el método de atención clínica.

Por parte de los y las pacientes, los modelos de género son la causa de distintas formas de búsqueda de ayuda y modos de consultar en los servicios sanitarios (Ana Delgado, 1999b y 2001). Por ejemplo, las mujeres en modelo tradicional tienden a acudir más y antes a los servicios generales y manifiestan más sus quejas psicosociales, mientras que los hombres acuden más a urgencias y servicios hospitalarios (ENS, 2006) cuando ya se encuentran más graves, y les cuesta mucho verbalizar sus quejas o problemas.

Y, en tercer lugar, los determinantes de género son también causa de actitudes y formas de vida que conllevan vulnerabilidad y tendencia a enfermar. Por ejemplo: responder a un ideal de feminidad definida por un cuerpo delgado e inerte (modelo contemporáneo de género) aumenta la vulnerabilidad de las jóvenes con la identidad en formación, favoreciendo trastornos de la alimentación.

Por todas estas vías, los determinantes de género influyen en el estado de salud, en las formas de enfermar y en la forma de consultar y de ser atendidas y para analizar y actuar en ellas será necesario un análisis de determinantes.

El análisis de los modelos de género tiene que ir relacionado con el contexto social en el que se produce cada modelo. Cómo es sentida la feminidad o la masculinidad no es un asunto intrapsíquico y ahistórico, por el contrario, lo que el sujeto finalmente desea y cuáles son sus realizaciones, está en conexión con la organización social. El Esquema 7 muestra la secuencia de este proceso.

Una determinada organización social funciona con un orden para la estructura económica, establece determinadas relaciones de poder y organiza los cauces de participación de los estamentos sociales, etc. Cada orden social precisa siempre establecer también un orden de funciones y relaciones para los sexos. Los sexos se organizan mediante el sistema sexo/género, y el orden que se ha perpetuado desde hace siglos es el orden patriarcal, que atribuye funciones públicas y poder a los hombres y funciones privadas y subordinación a las mujeres. Este orden patriarcal ha funcionado en alianza con los órdenes sociales sucesivos a lo largo de la historia y ha ido siendo estipulado en normas no escritas, pero culturalmente mantenidas y transmitidas. Estos modelos de género prescriben atributos y funciones para cada sexo y roles de género que conforma el imaginario social (Silvia Tubert, 1988 y 2001; Isabel Martínez Benlloch, 2001). Este imaginario social está poblado de ideales socialmente construidos sobre lo que ha de ser una mujer y un hombre y sobre cómo ha de ser la masculinidad y al feminidad. Los ideales de género se incorporan en la construcción de cada sujeto a través de la socialización. Ya hemos visto cómo las representaciones sociales nutren el aprendizaje de las identificaciones y papeles que las personas acaban incorporando. Y también, a lo largo del desarrollo psíquico, en el contexto de la socialización se interiorizan los ideales sociales vigentes sobre los contenidos de las posiciones subjetivas de masculinidad y feminidad. De este modo, lo que eran sólo ideales sociales preexistentes, pasan a formar parte de los ideales subjetivos que funcionaran como imperativos desde el interior del sujeto. El sujeto así construido desea, actúa y, en definitiva, vive en función de los ideales de género, de

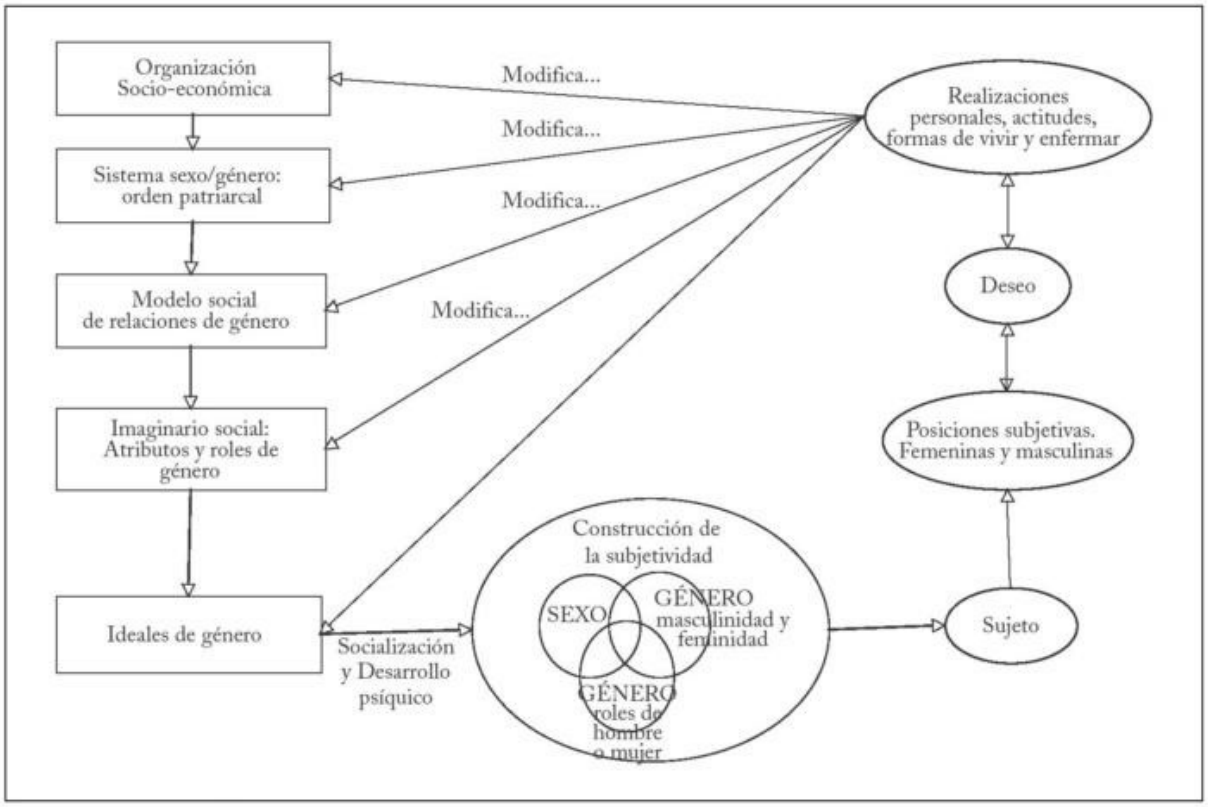
los modelos sociales y de la organización social en la que se ha construido. Se estructura así el sistema sujeto/sexo/género

De este modo, las realizaciones del sujeto, lo que las personas hacen, producen, cómo viven y también cómo enferman, está en conexión con el contexto social.

Del mismo modo, las actuaciones y producciones de las personas retroactúan y pueden modificar el orden social, el imaginario social y todos sus contenidos. Es una dialéctica en la que el sujeto está, en parte, determinado por lo social, pero sólo en parte, ya que existe la libertad de resignificar y modificar lo que toca vivir. Las estructuras sociales y de género determinan, pero pueden ser subvertidas y modificadas en su totalidad por la acción crítica de las personas. Por eso es importante conocer y analizar los modelos y el imaginario social de género (Sara Velasco, 2005c), para poder intervenir en él y saber qué podemos cambiar del contexto cultural para que, a su vez, se modifiquen las actitudes determinantes y formas de vida de las personas.

Vamos a tratar sobre cuatro modelos de género identificables en la sociedad occidental contemporánea. Son los modelos tradicional, en transición, contemporáneo e igualitario. Para cada uno revisaremos el contexto de organización social y estructura de las relaciones de género, los roles para hombres y mujeres y los procesos psicosociales de vulnerabilidad a que pueden dar lugar', desarrollando los componentes del sistema sujeto/sexo/género.

ESQUEMA 7. Dialéctica entre la organización social y la subjetividad



6.1. MODELO DE GÉNERO TRADICIONAL

> La familia es un grupo social (...) organizado en función de la reproducción (biológica y social) por la manipulación de los principios de la alianza, la descendencia y la consanguinidad, y (...) de la división sexual de trabajo.
>
> BRONISLAW MALINOWSKY, 1922, citado en Irene Meler, 1998, pág. 60

El modelo tradicional se enclava en un determinado contexto y organización social. Hasta finales del siglo xlx, con la revolución industrial y en el ciclo del capitalismo productivo, la organización social de los sexos se basó en la división sexual del trabajo. La alianza durante siglos con el orden patriarcal ha sido plena. Las relaciones jerarquizadas entre los sexos, con la asignación del espacio público y el trabajo productivo a los hombres, y el espacio doméstico y el trabajo reproductivo a las mujeres, ha ido siendo armónico con las necesidades de la sociedad industrial. Se produjeron ajustes en las épocas de guerra, por ejemplo, cuando por la ausencia de hombres en los puestos de trabajo productivo, eran cubiertos temporalmente por las mujeres, pero siempre con carácter de suplencia transitoria para que no se lleguen a modificar los ideales de feminidad, y ese lugar productivo fuera devuelto a los hombres en cuanto fuera posible. O se permite el acceso de las mujeres a la fuerza productiva en función de los vaivenes del mercado de trabajo. A pesar de estos vaivenes, lo que ha permanecido pertinazmente constante, es la adjudicación del espacio y el trabajo doméstico a las mujeres, con la penetración que su cualidad tiene en el ideal de feminidad, y la reserva de los espacios de poder para los hombres, con similar penetrancia en el ideal de masculinidad. Probablemente subvierte mucho más los ideales masculinos, el acceso al trabajo afectivo y de las necesidades del sostén de la vida, que variaciones en el trabajo público. La ocupación doméstica está incardinada profundamente en las supuestas dotes de las mujeres relacionadas con las funciones maternales y han sido, y aun lo son en parte, preservadas como signos ideales de la feminidad. Por ello, han sido apartadas de las manos de los hombres, a costa de que si fueran ejercidas por ellos, correrían el riesgo de creer que se feminizan, lo cual es uno de los principales temores del hombre tradicional. Del mismo modo, el trabajo productivo que construye el mundo, ha sido reservado para los hombres y ha sido adjudicado a los ideales de la masculinidad. Aquí estamos hablando, claro está, de la masculinidad y feminidad tradicionales. Acceder unos u otras al espacio adjudicado al contrario es correr el riesgo de transgredir la identidad sexual (tradicional). Por esto hay tanta resistencia a los cambios en la división sexual del trabajo, no tanto porque haya que dedicarle tiempo a otro campo de actividad, sino porque invade los ideales del sexo contrario. Y como vimos en el apartado anterior, los ideales se construyen al servicio de una organización social determinada, y en este caso en una estructura del sistema sujeto/sexo/género, penetran en la construcción del sujeto, lo cual asegura que se perpetúe desde las actitudes más personales.

Que los hombres se hayan hecho cargo de la construcción del mundo público ha

ido acompañado de que sean los depositarios de la propiedad, transmitida en la familia por vía paterna. Las mujeres han quedado colocadas como una propiedad de los hombres. Y quien tiene la propiedad y el dinero, tiene el poder. La familia es la estructura social básica en la que se mantiene esta relación de poder y su transmisión'.

TABLA 9.-Estructuras tradicional, en transición y contempordnea en el sistema sujeto/sexo/ género

	Modelo tradicional	Modelo en transición	Modelo contemporáneo
Finalidad	Constituir el núcleo social básico: la familia jerarquizada.	Núcleo social básico: la pareja. Motivo de la unión: amor y crear una familia no jerarquizada. Compartir proyectos de vida.	Núcleo social básico: el individuo. Motivo de unión: amor y sexualidad en pareja. Compartir y facilitar los proyectos individuales mediante alianza de recursos.
Estructura de la unión	Hombre y mujer. Tener hijos es un mandato. Relaciones jerarquizadas, división sexual del trabajo y de los ámbitos de acción. Relación de poder/ subordinación Familia depositaria de la propiedad y de su transmisión Contrato matrimonial de permanencia y exclusividad. Roles muy diferentes.	Dos personas de cualquier sexo. Hijos/as son proyecto en común. Trabajo remunerado ambos y doméstico desigualmente repartido. No relación de poder, pero dependencia mutua para apoyo socioeconómico y afectivo. Propiedad y su transmisión en la pareja. Unión no permanente, formas de convivencia cambiantes con fantasía de permanencia y exclusividad. Roles multifuncionales de ambos.	Dos o más personas de cualquier sexo. Hijos/as son realización de proyectos individuales sumables. Relaciones no jerarquizadas. Valores prioritarios de libertad individual Propiedad y su transmisión: los individuos Sin contrato o acuerdo de permanencia ni exclusividad. Roles multifuncionales.

	Modelo tradicional	Modelo en transición	Modelo contemporáneo
Ideales de feminidad ad y masculinidad	Relación de sujeto (hombre) a objeto (mujer) Ideales dicotómicos para responder a papeles distintos. Masculinidad: poder, propiedad, potencia. • Realizaciones: trabajo, saber, ser padre de fanilia. Feminidad: subordinación, entrega, pasividad. • Realizaciones: maternidad cuidadora.	Relación de sujeto a sujeto. Igualitario en derechos y poder. Dicotómico en la intimidad. Masculinidad: valores íntimos tradicionales —superioridad relativa hacia la mujer—. • Realización: proyecto público, mantener pareja satisfactoria, paternidad nominal y de responsabilidad social. Feminidad: valores íntimos tradicionales — entrega, sostén de la vida cotidiana, afectiva y el cuidado—. • Realización: proyecto público, mantener pareja satisfactoria, maternidad cuidadora.	Relación de sujeto a sujeto. Masculinidad y feminidad: los mismos atributos e ideales. Ruptura de correlación entre feminidad=mujer y masculinidad=hombre. Masculinidad femenina. Feminidad masculina, lesbianismo femenino o masculino, transgénero… Modelo corporal dicotómico de consumo.

El sistema sujeto/sexo/género, funciona en el modelo tradicional, basado en esta relación asimétrica entre hombres y mujeres, con una relación de poder/subordinación que es la insignia principal de este modelo.

La estructura consecuente de las relaciones tradicionales entre los sexos sería como sigue: el motivo de la unión, siempre entre hombre y mujer, es constituir el núcleo social básico, la familia, mediante un contrato matrimonial que implica permanencia y exclusividad y que estipula las relaciones jerarquizadas. El hombre como sujeto hegemónico de la historia es el cabeza de familia y detenta el poder; tiene asignadas las funciones del trabajo productivo y obligación de mantener a la familia que depende de él. Los demás miembros de la familia le deben obediencia. Se establece la división sexual del trabajo, con asignación de lo doméstico a las mujeres. Se estipula por todo esto una relación clara de poder/subordinación entre hombre y mujer.

Tener hijos e hijas en la familia tradicional es un mandato y entran también en esta relación de parentesco jerarquizada. La familia es la depositaria de la propiedad cuyo titular es el hombre, y su transmisión se realiza a través de su línea nominal.

La distribución de roles de género es la necesaria para mantener esta estructura.

Los ideales resultantes de feminidad y masculinidad son dicotómicos para responder a estos papeles distintos en el contrato matrimonial. En la subjetividad se establece una relación de sujeto (hombre) a objeto (mujer). La masculinidad es definida por el poder, propiedad, potencia. Y las realizaciones sujetivas de los hombres proceden del trabajo, el poder de ser cabeza de familia y la paternidad nominal.

La feminidad, por el contrario, se iguala a subordinación, entrega, pasividad y la realización es a través de la maternidad creadora y el amor, quedando proscritas la sexualidad y las realizaciones a través del trabajo productivo, la creación o el saber.

Se sintetiza esta estructura en la Tabla 9, junto con las estructuras de los siguientes modelos de género.

6.1.1. Roles de género tradicional

El rol de género es un «modelo con un aspecto normativo interiorizado, que designa lo que alguien debe hacer para dar validez a su estatuto de mujer o de hombre» (Anne Marie Rocheblave, 1968). Están en función de la estructura del modelo y son los papeles interiorizados motor de las actuaciones y conductas de hombres y mujeres. Por esto son importantes como determinantes de salud.

Los roles de género tradicionales3 asignan papeles a mujeres y hombres acordes con esta estructura patriarcal del sistema sujeto/sexo/género.

Las Tablas 10 y 11 recogen los contenidos de los roles tradicionales masculino y femenino.

En el rol tradicional masculino, el mandato fundamental que el hombre debería cumplir sería mantener signos de potencia, para estar en disposición de tener a la mujer en propiedad sosteniendo una posición de superioridad sobre ella. Se le suponían al hombre unos atributos que serían los necesarios para cumplir ese mandato: ser fuerte, activo, independiente, autónomo, en definitiva, capaz. Todos atributos del registro de la actividad y la potencia.

De forma homóloga, el rol tradicional de las mujeres se apoyaba en un mandato fundamental: mantener signos de carencia para sostener una posición inferior al hombre y estar en falta para recibir de él, en una relación de pertenencia y subordinada. Los atributos supuestos de las mujeres eran la pasividad, receptividad, emocionalidad, abnegación, capacidad de sacrificio y entrega, dependencia, sumisión, resignación. Todos ellos del registro de la carencia. Muchos de estos atributos que ahora, tras el cambio de ideales, parecen defectos, eran entonces cualidades que definían a la buena mujer.

No sólo se perfilaban los atributos propios de un hombre y una mujer que eran los rasgos imaginarios con los que había que identificar la propia imagen y forma de ser, sino que también se asignaban las exigencias o ideales que de ellos y ellas se esperaban, las funciones y actividades en función de su sexo, y que eran las vías de realización que se ponían a disposición de cada sexo. Las exigencias en la esfera social que corresponden a los ideales que un hombre debería realizar eran trabajar, alcanzar una posición social, demostrar logros y, por supuesto, ocultar las debilidades que minorarían su masculinidad basada en la potencia. Sostener a su familia, proteger a su mujer y conservar el honor masculino manteniendo la manifiesta propiedad

exclusiva sobre la mujer que le hacía padre. La necesidad y obligación de los hombres de proteger y mantener a la mujer, se acompañaba de legitimidad para poseer, reprimir, someter, prohibir, es decir, todo lo concerniente al registro de la autoridad.

TABLA 10.—*Rol de género tradicional masculino*

Mandato fundamental	Atributos	Exigencias sociales	Vínculo subjetivo con la mujer	Masculinidad
➢ Mantener signos de potencia. ➢ "Tener", poseer a la mujer. ➢ Mantener posición de superioridad con respecto a la mujer.	➢ Activo. ➢ Fuerte. ➢ Independiente ➢ Autónomo. ➢ Capaz.	➢ Trabajar. ➢ Alcanzar una posición social. ➢ Demostrar logros. ➢ Mantener a la familia y protegerla. ➢ Mantener el honor. ➢ Ocultar las debilidades. ➢ Autovalorarse.	➢ Relación de *sujeto (hombre) a objeto (mujer).* ➢ La propiedad del objeto -*TENER*- le valida como hombre. ➢ La mujer es el objeto que completa su narcisismo. Disocia a la mujer en: ➢ *mujer-madre* (legítima) poderosa inalcanzable, relación de amor-odio. Relaciones de *PROPIEDAD* exclusiva. (Entre rivalidad y amenaza de privación y pérdida). ➢ *mujer-sexualizada* (ilegítima) objeto de su potencia sexual y el espejo que le devuelve su *POTENCIA*. (Relaciones de asalto y demostración. Desprecio) ➢ *mujer-niña*, objeto simbólico de poder. Necesidad de demostrarse a través del *PODER*. (Superioridad sobre ella, desvalorizada).	➢ Se identifica masculinidad con *PODER, PROPIEDAD, POTENCIA.* ➢ Empuje al riesgo y a la demostración de fortaleza. ➢ Validación de la agresividad. ➢ Necesidad de mantener posiciones activas y de poder. ➢ Temor a la feminización. ➢ Hacia la mujer sexualizada: placer y satisfacción *versus* desprecio y desvalorización. ➢ Hacia la mujer-niña: *ternura*, ser admirado *versus* desprecio y minusvaloración. ➢ Hacia la mujer-madre: cuidados y soporte *versus* temor al abandono. ➢ Frustración ante caídas de potencia simbólica. ➢ Intolerancia al abandono y pérdida de propiedad.

Mandato fundamental	Atributos	Exigencias sociales	Vínculo subjetivo con el hombre	Feminidad
➢ Mantener signos de carencia. ➢ Estar en falta para recibir del hombre. ➢ Pertenecer y entregarse.	➢ Pasividad. ➢ Receptividad. ➢ Sensibilidad. ➢ Emocionalidad. ➢ Debilidad. ➢ Capacidad de entrega. ➢ Abnegación. ➢ Dependencia. ➢ Sumisión.	➢ Silenciar la propia fortaleza e inteligencia. ➢ Silenciar la debilidad masculina. ➢ Devolver al hombre su imagen agrandada y potente. ➢ Ser cuidadora y maternal. ➢ Subordinar sus decisiones. ➢ Mantener relación de pertenencia.	➢ Relación de *objeto (mujer) a sujeto (hombre).* ➢ Ser objeto del deseo masculino valida como mujer. ➢ Su narcisismo se sostiene siendo parte de él… Relación disociada que oscila entre: ➢ *Mujer–Madre* (legítima), sujeto de amor filial sosteniendo el narcisismo masculino. Relación de *SOSTENEDORA*, sacrificio, *ENTREGA* desexualizada. (Relación de dadora, sacrificio, incondicional, entrega oblativa). ➢ *Mujer–Sexualizada*, que se acopla mediante la *SEDUCCIÓN*: (Ilegítima, objeto de potencia sexual): lo evita ocultando deseo activo. (Inadecuada y autodesprecio). ➢ *Mujer–Niña*, se entrega como objeto de poder, relación de *SUBORDINACIÓN*, *PASIVIDAD* (inútil, incapaz, inferioridad, desvalorización).	➢ Identifica feminidad con *SUBORDINACIÓN, SOSTENEDORA, ENTREGA, PASIVIDAD Y SEDUCCIÓN.* ➢ Mantener posiciones pasivas y objetales frente el deseo. ➢ Temor a signos de masculinidad. ➢ Prohibición de la agresividad y la rabia. ➢ La sexualidad está proscrita de la definición de feminidad moral. ➢ Obligación de cuidadora. ➢ Pérdida de posición subjetiva: dependencia, temor a perder al hombre, relaciones de subordinación, resignación, exposición a abusos. ➢ Baja autoestima.

Entre las exigencias sociales e ideales para las mujeres era dejarse proteger y responder ante la autoridad masculina con silencio y abnegación, reclusión en lo privado, pertenencia al hombre que la mantenía en el circuito legítimo que era el de la relación de propiedad en el matrimonio. La vía principal de realización se reducía al cuidado de otros y la maternidad. Para las otras mujeres, las que no llegaban a pertenecer a un hombre y estaban marcadas por la sexualización, quedaba en el circuito ilegítimo de exclusión y descrédito social. Es característico del modelo tradicional esta disociación de las mujeres entre las legítimas, de las que se esperaba que no estuvieran sexualizadas, y las que no pertenecían a ningún hombre, sexualizadas, de uso común entre ellos, que no tenían un nombre patrilineal, y cuyos

hijos eran ilegítimos. Sobre ellas recaía el descrédito moral y la exclusión. Son el circuito de las mujeres actuales que trabajan en la prostitución, cuyo imaginario recubre también a las mujeres llamadas promiscuas. Por este imaginario connotado de desprecio, cuando una mujer es sexualmente activa o tiene relaciones con más de un hombre, puede sentirse culpable, tiende a ocultarlo y puede ser rechazada y despreciada por un hombre. Es el estereotipo que está detrás, por ejemplo, de la infra-declaración de la actividad sexual por las mujeres en las encuestas, hecho constante bien conocido. Mientras que los hombres sobre-declaran actividad sexual, por el estereotipo tradicional de potencia y actividad sexual constante. Son estereotipos tradicionales interiorizados por las personas (Roles detallados en la Tablas 10 y 11).

6.1.2. Posiciones subjetivas, feminidad y masculinidad tradicionales

El vínculo y el juego intersubjetivo que se establece dentro de la estructura está comandado por las posiciones interiorizadas en que el hombre es el sujeto activo de la relación, siendo la mujer un objeto de sus deseos y finalidades. La mujer en posición de objeto quedará borrada y sin capacidad y posibilidades de realización subjetiva de sus deseos y producciones, a parte de la maternidad. En el modelo tradicional, queda así expuesta a abusos y a los efectos de una posición subjetiva pasiva por excelencia, que ya hemos comentado que es una posición enfermante.

Para el hombre, la mujer es el objeto que completa su narcisismo con el `tener' a la mujer (narcisismo significa tener percepción interna de integridad del ser). La propiedad de este objeto le valida como hombre.

Por su parte, la posición subjetiva femenina es ser objeto del hombre, pertenecerle y subordinarse. Su narcisismo se sostiene siendo parte del otro.

Sobre esta base, hombre y mujer tradicionales establecen sus relaciones en figuras disociadas que dan lugar a distintos pares de identificaciones. Para el hombre, la mujer legítima, real o potencial madre de sus hijos, transmisora de su patronímico, garante de su honor manteniendo clara su propiedad en exclusiva, no ha de estar sexualizada, es objeto subordinado y no debe tener deseo activo, tampoco deseo sexual. Oscila, a su vez, por una parte con una figura `mujer-madre', términos (imaginarios) que pueden definir la identificación. Con ella la relación es de amor/odio, ya que como tal madre ostentaría tanto el poder de dar, reconocer y sostener, como el de privar y abandonar. La figura de la mujer-madre es en cierto modo poderosa y frente a ella, el hombre se puede sentir impotente e infantilizado. Se produce con ella una tensión entre la demanda de amor y recibir los bienes del amor maternal, y el temor al abandono, rivalidad e impotencia. La mujer, cuando se acopla a esta posición de mujer-madre, se sentirá acorde con esta función. En ella es sujeto, sujeto de amor filial por el cual se inviste de capacidad dadora incondicional, sostenedora y nutricia del ser del otro, con capacidad de sacrificio incluso oblativa y, esos sí, desexualizada. Son, en extremo, las cualidades ideales del amor maternal que tanta huella han dejado en el ideal de las mujeres. Cuando da su cara negativa se sentirá prepotente, sobrecargada, anulado el cuidado de sí misma, respondiendo sólo

a las necesidades de los demás y no las propias y en soledad.

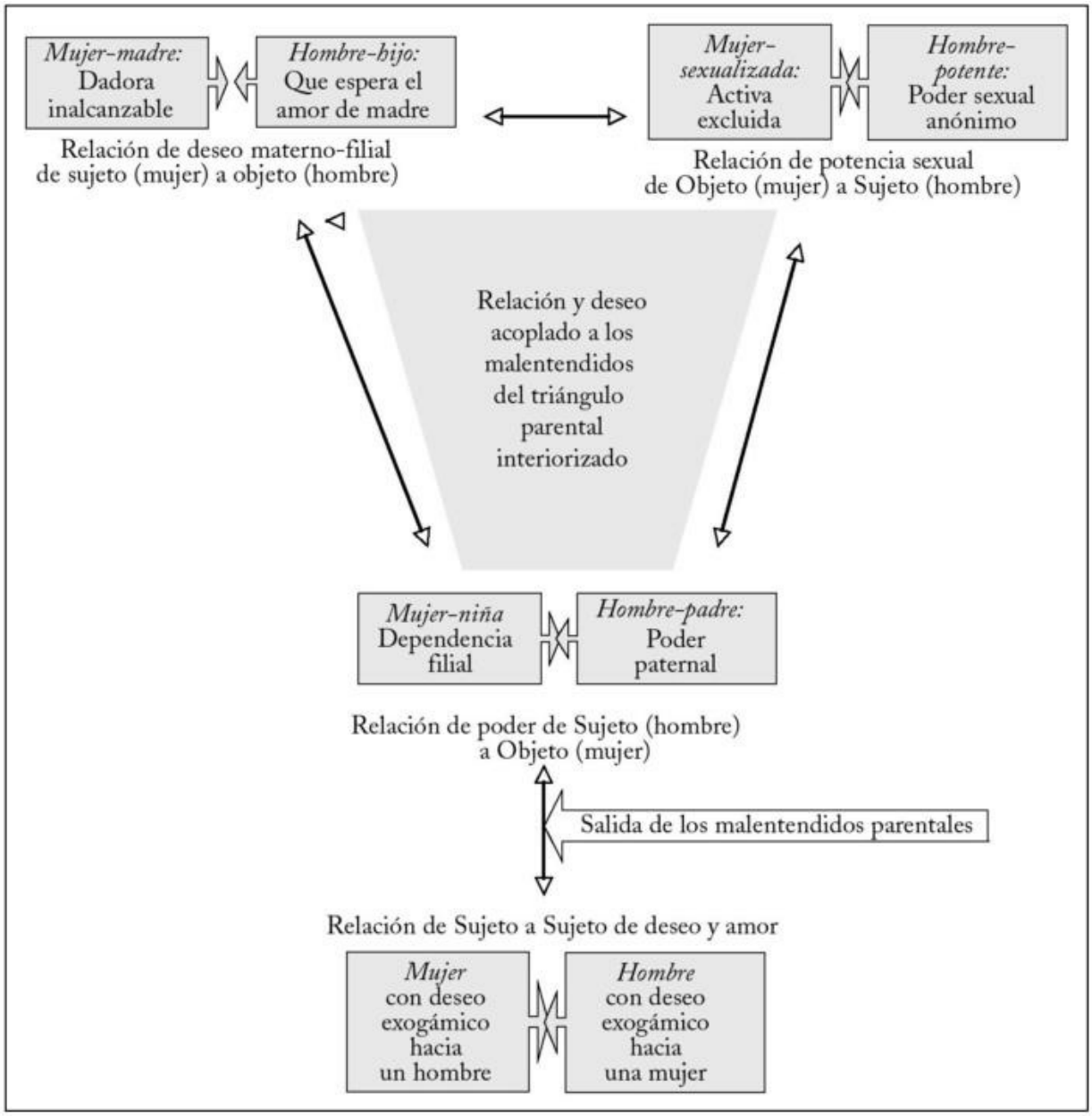
En otro extremo de la disociación está una figura de mujer-niña, con la inferioridad propia del infantilismo, no sexualizada, pasiva, esperando protección, objeto simbólico de poder con la que establece una relación paternal de la que recibe ternura y admiración, pero con potencial desvalorización y desprecio. Ambas figuras se apoyan en la propiedad en exclusiva y por tanto absoluta intolerancia a la posible presencia de otros hombres.

De otro lado estaría la figura de la mujer-sexualizada, la ilegítima, la que no pertenece a ningún hombre sino que es de uso común entre ellos, que es objeto sexual, el objeto de posesión instantánea frente al que el hombre demuestra su potencia sexual. Con ella, la relación es de asalto, alarde, demostración y desprecio y, potencialmente, de mucha agresividad. El hombre tiene la garantía de que la mujer no es ahí un sujeto con el que tenga que relacionarse, sino sólo un objeto al que tomar desde su potencia sexual.

La mujer puede plegarse y acoplarse a esas identificaciones y funcionar desde posiciones subjetivas en las que hace el juego a las figuras, tanto de mujer-niña, desvalorizándose y sometiéndose; como de mujer-madre, donde se coloca como dadora en sacrificio y entrega y con el poder de privar; o de mujer-sexualizada, funcionando en la seducción y colocada como objeto de deseo.

En las posiciones en que está en posición objetal (mujer-niña y mujer-sexualizada) queda potencialmente expuesta a abusos sexuales y de otros órdenes. En la posición de mujer-madre, que es la única en la que está como sujeto, se expone a tener que sacrificar sus deseos y necesidades para satisfacer las de aquellos que están bajo su cuidado (Se sintetiza en el Esquema 8).

ESQUEMA 8. Posiciones inter-subjetivas entre mujeres y hombres tradicionales



En estas posiciones las relaciones están acopladas a un modelo de relaciones parentales en las que los sujetos actúan y sienten según patrones ciertamente infantiles4. Estas formas de funcionar se deben a los contenidos de la realidad psíquica cuyos modos han sido interiorizados a partir de la cultura patriarcal, y es aquella `colonización interior' de la que hablaban Kate Millet (1969) y Gayle Rubin (1975) entre otras, este es el residuo que el patriarcado deja en el inconsciente, Juliet Mitchell (1975).

En la pareja tradicional, ambos se pueden ir acoplando a estos pares de identificaciones según lo vayan determinando las contingencias de la relación; son posiciones subjetivas en las que cada uno se identifica con estas formas variables, y es claro que la misma persona puede circular por ellas. En la época decimonónica, las mujeres eran distintas para las diferentes figuras y los hombres se relacionaban con ellas por separado. Actualmente, es común que un mismo hombre y una misma mujer pasen por las distintas posiciones o identificaciones en su relación. Cada vez que hay

un cambio de escenario que crea la necesidad de alcanzar nuevas identificaciones en la pareja, se puede caer en acoplamientos nuevos.

Por ejemplo, al tener un hijo o hija. Este es un momento del ciclo vital de alto riesgo de cambios en la intersubjetividad de la pareja. Con la llegada de una identificación de madre, nueva para la mujer, y la invasión de las funciones propias de ello, es frecuente que el hombre, en lugar de alcanzar rápidamente una identificación de padre con respecto el nuevo hijo o hija, y mantener la identificación de hombre amante hacia su pareja, caiga durante una temporada en una identificación de hijo hacia su propia compañera. Lo cual suele venir favorecido porque la mujer también se coloca como madre de él. De este modo el equilibrio de la pareja cambia y surge rivalidad del padre con el niño/a que parece venir a restarle espacio y atención de la madre; el hombre se siente más infantil y pasivo, está pendiente de si la mujer-madre le hace más o menos caso y, desde luego, no circula el deseo sexual, porque no circula en posiciones de madre/hijo. Por su parte, la mujer-madre se fija en su función hacia el hijo/a, y ve al hombre-niño con cierto desprecio, le parece que es bastante inútil y se puede poner autoritaria con él; tampoco circula para ella el deseo sexual hacia él. En realidad, pasar por este episodio es de lo más común y en el mejor de los casos las parejas acaban encontrando las identificaciones más adecuadas y recuperando la relación de mujer a hombre. Y es que existe otro par de identificaciones entre personas que se desean fuera de los malentendidos acoplados a los sentimientos e identificaciones parentales, en las que uno y una se relacionan de sujeto a sujeto y se desean como hombre y mujer, o entre sujetos del mismo sexo. Esta es la posición subjetiva que hace posible relaciones igualitarias, sin que el poder o la propiedad las enturbie (Posiciones inter-subjetivas resumidas en el Esquema 8).

• Condiciones de la masculinidad y la feminidad

De los requerimientos del interjuego subjetivo producidos en este modelo tradicional de relaciones de género, se deducen las condiciones correspondientes de la masculinidad y la feminidad. Son contenidos no esenciales, sino culturalmente construidos y responden a las necesidades de interiorización de ideales apropiados para mantener el orden del sistema sujeto/sexo género.

Así la masculinidad tradicional se construye sobre los ideales de poder, propiedad y potencia (Tabla 10). De estos atributos ideales generados por el lugar y funciones concedidas al hombre tradicional en el sistema sujeto/sexo/género, proceden las actitudes que parecen propias de esta masculinidad: la necesidad de mantener posiciones activas, el empuje al riesgo y a la demostración de fortaleza y la validación de la agresividad. Fruto del imperativo de potencia, es el gran riesgo de frustración ante cualquier caída de esa potencia, ya sea por la pérdida o abandono de la mujer, que su pone una pérdida simbólica, pérdida de alguna de las vías principales de realización, pérdida o desvalorización en el trabajo, o pérdida de propiedades...

También se acompaña de un temor a cualquier rasgo que podría interpretarse como femenino - el temor a la feminización-, porque la validación como persona-hombre

pasa porque este tipo de masculinidad sea incuestionable. Las actitudes hacia las sucesivas posiciones subjetivas tienen una vertiente de afectos positivos y otros negativos: la mujer-madre le inspira amor leal, agradecimiento, respeto, pero también puede inspirar rivalidad y temor y provocar caída en la pasividad impotente. La mujer-niña inspira ternura, sentido protector, pero también puede girar a provocar irritación y desvalorizarla. Y la mujer-sexualizada provoca deseo, pero fácilmente gira a agresividad, rechazo y desprecio.

Por su parte, la feminidad tradicional se define por ideales de pasividad, subordinación, entrega, ser sostenedora y seductora que son los atributos asociados a las posiciones subjetivas correspondientes. Las actitudes imperativas serán mantener posiciones pasivas y objetales frente el deseo. Muy particularmente la sexualidad está proscrita de la definición de feminidad moral. La obligación de ser cuidadora. Temor a signos de masculinidad que vendrían acompañando a la activación como sujeto deseante. Se prohibe la agresividad y la rabia. Conllevan los efectos derivados de la pérdida de posición subjetiva: dependencia, temor a perder al hombre, relaciones de subordinación, resignación y una autovaloración y autoestima baja, paradigmática de las posiciones objetales (Tabla 11).

6.1.3. Subjetividad en el ciclo de la violencia de género: paradigma de vulnerabilidad tradicional

Un caso que ilustra todo este juego de posiciones subjetivas tradicionales es la violencia de género. Es un paradigma de la vulnerabilidad producida por lo social y las condiciones subjetivas del modelo tradicional de género.

Analizamos aquí sólo un parte del problema, el referido a las posiciones subjetivas de hombre y mujer en el ciclo de la violencia de género, sin que ello suponga que tengan menos importancia otros factores sociales relacionados con el fenómeno.

La violencia de género ocurre en el contexto de una relación de pareja sujeta al modelo tradicional. Precisamente lo que convierte la violencia de un hombre contra una mujer en violencia de género, es que está causada por una relación de poder de él sobre ella, validada por la sociedad patriarcal que otorga al hombre el derecho de propiedad sobre la mujer. Analizamos cómo intervienen los roles y mandatos de masculinidad y feminidad interiorizados.

En el ciclo de violencia del hombre contra la mujer en la pareja se reconocen las fases de tensión, agresión y conciliación identificado por Leonora Walker (1979). Estas fases son descritas por Begoña López Dóriga (compl.) y Belén Nogueiras como sigue:

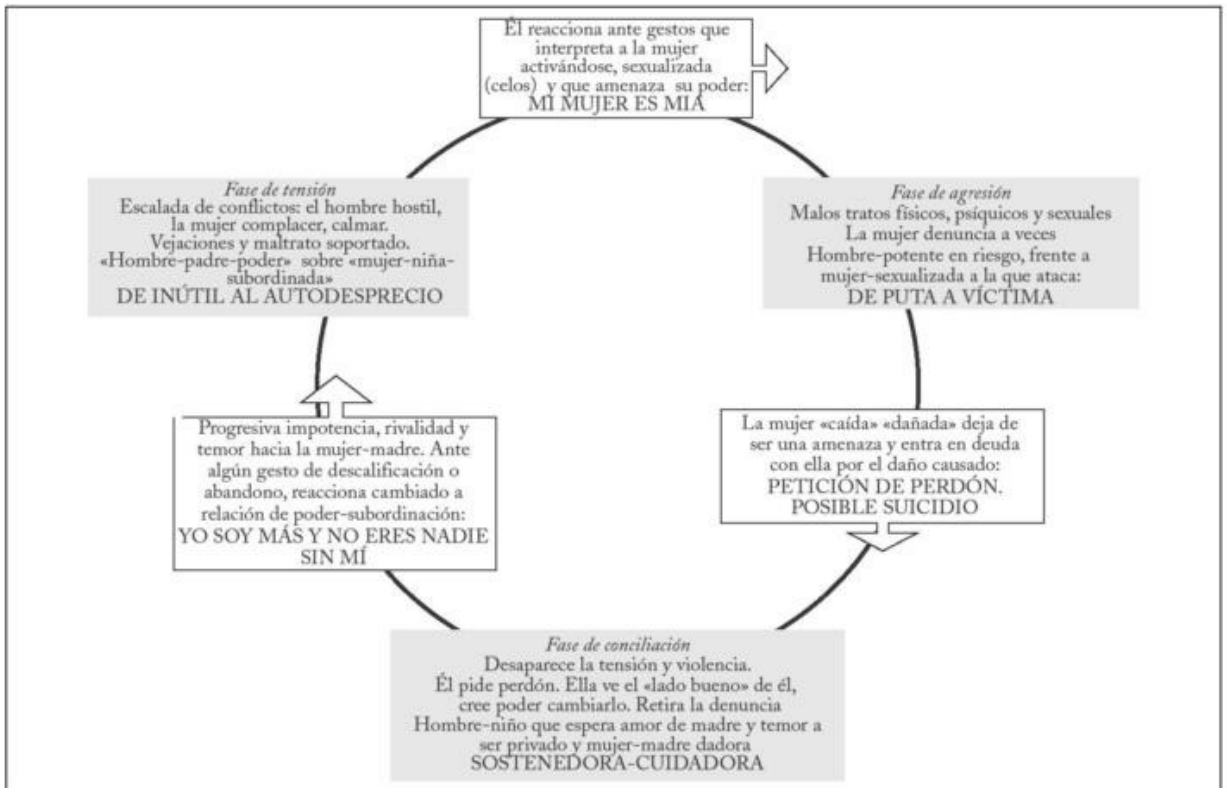
> 1. Fase de tensión, se caracteriza por una escalada gradual de tensión que se manifiesta en actos que aumentan la fricción y los conflictos de pareja. El maltratador expresa hostilidad, pero no en forma explosiva. La mujer intenta calmar, complacer o, al menos, no hacer aquello que pueda molestar a la

pareja, en la creencia irreal de que ella puede controlar la agresión. Pero la tensión seguirá aumentando y se producirá la siguiente fase.

> 2. Fase de agresión, en la que estalla la violencia y se producen malos tratos emocionales, físicos y/o sexuales. Esta fase puede durar minutos u horas, aunque algunas mujeres se han sentido atemorizadas durante días y semanas. Es en esta fase cuando la mujer suele denunciar los malos tratos o pedir ayuda.
>
> 3. Fase de conciliación o `luna de miel', en la que la violencia y la tensión desaparecen. El maltratador pide perdón, se muestra amable e incluso cariñoso, le hace promesas de cambio, le dice que no volverá a pasar o le hace regalos. Este momento supone un refuerzo positivo para que la mujer continúe la relación. También permite ver el lado bueno de su pareja, fomentado por su creencia de que ella puede llegar a cambiarlo (suele retirar la denuncia si la había hecho) (2001, pág. 31).

Podemos analizar las posiciones subjetivas e identificaciones en las que se relacionan hombre y mujer en cada una de las fases y por qué se pasa de una a la otras (Esquema 9).

ESQUEMA 9. Posiciones subjetivas en el ciclo de la violencia de género*



* Esquema de Leonora Walker, 1979.

Para que se produzca el ciclo, antes es necesario que haya habido una etapa de

relación amorosa en la que se haya establecido una pareja en la que cada uno sea altamente significativo para el otro. Una debe estar en el mundo pulsional del otro. Y, debido a la inserción subjetiva de ambos en un modelo de género tradicional, debe haber derivado a una relación desde luego asimétrica, en la que cada uno ocupa el lugar de sostener el narcisismo del otro en el círculo de poder-subordinación.

Entonces, en algún momento se empiezan a producir investiduras de las identificaciones acopladas al circuito de relaciones imaginarias descrito en el apartado anterior (en Esquema 8) propias de una relación en la que los malentendidos parentales primitivos hacen de las suyas.

Empezamos en una parte cualquiera del circuito que es un círculo vicioso. Por ejemplo, en el lugar en que la mujer está siendo vista como mujer-madre. Empieza a inquietar al hombre-niño porque le hace sentir impotencia y le empieza a irritar; pasa la línea imperceptible de madre dadora a la rivalidad y al riesgo de privación. Este paso de la línea puede ocurrir por cualquier hecho fortuito, como por ejemplo una pequeña descalificación o un momento de no estar disponible, que el hombre se toma como un equivalente de abandono.

Pasa al siguiente vértice, con un cambio de identificación que la coloca defensivamente como inferior, como una hija inútil y despreciable a la que se le exige dedicación, exclusividad y que confirme su poder a cada paso. Ha comenzado la fase de tensión. Se van produciendo vejaciones y maltrato que la mujer soporta e intenta calmar doblegándose cada vez más al sometimiento. Ella se acopla a esa identificación pasiva en la que no es sujeto, sino objeto y en la que no se siente capaz de responder de forma activa: soporta y teme e intenta complacer. Pero nada es suficiente. La acusación principal que el maltratador profiere en esta fase es: `Es una inútil, no es nada sin mí'. Se ha colocado en lugar de padre, pero mal padre propietario y exigente. Ella, hija incapaz infantilizada, impotente.

En un momento dado, algún gesto, algún acto, alguna reacción de activación de la mujer o de celos, no hacerle un día la comida, no estar cuando vuelve a casa, ir al médico ante el que se supone que se desnuda, haber estado con alguna amiga... todo lo que puede equivaler a que la mujer puede irse, valerse por sí misma, desear... que deja de sostenerle como poderoso, cree que cae de su pedestal y reacciona con violencia atacando a la mujer que interpreta como la agente de su caída. Es la fase de agresión. Por eso los peores ataques suelen ser cuando la mujer dice o hace gesto de separarse, o el hombre cree que hay otro, los celos, porque cree que la mujer ya no le pertenece, que es de uso de otros hombres. El decir del maltratador en esta fase, `es una puta', es paradigmático de la posición en que cree que ella ha caído, la de mujer-sexualizada. La agrede física y sexualmente, la amenaza de muerte, está colocado frente a ella como el hombre sexualmente potente que todo lo puede, gozador y muy agresivo frente a la mujer a la que ve sexualizada, ilegítima, despreciable, que no le pertenece. Es el odio hacia quien no se posee, que hace tambalear el propio narcisismo masculino.

Para la mujer se rompe el malentendido en que ella creía, en cierto modo, estar sostenida por el hombre. Al ser atacada, ella se da cuenta de que el hombre es un extraño peligroso, que la toma por quien no es, por una puta, y es cuando suele decidir se a denunciarlo. Ese que finalmente ha materializado la violencia no es el hombre amado en ningún sentido. Ella es y se siente víctima y él es un agresor.

Pero continúa el ciclo. Ocurre que el hombre al ver caída a la mujer, herida, rota, cambia de nuevo su forma de verla. El significado de la mujer herida hace que pierda el semblante de mujer-sexualizada que amenazaba con pertenecer a otros hombres, por el contrario, es débil y él ha quedado por encima, ha estado a punto de aniquilarla, y de hecho ha aniquilado momentáneamente al sujeto activo que había en ella. La mujer caída ya no es la sexualizada a la que él empezó a agredir. Ha pasado de `puta' a víctima, ve que la pierde, que él la ha roto y apartado y se queda sólo con su narcisismo también tambaleante. Es cuando cambia radicalmente, pide perdón, se vuelve incluso cariñoso, arrepentido, dice quererla, pide otra oportunidad y algo de amor. Llega la fase de reconciliación, en la que la mujer entra reconociendo en él algo de aquel hombre-niño que quería, que la necesitaba, que no puede vivir sin ella, que le produce compasión, esa compasión o piedad que une también a la madre con el hijo débil. Y él ve en ella el semblante de la madre que le puede sostener. Es a ese semblante al que pide perdón.

Efectivamente lo que ha comenzado es una nueva identificación en la que la mujer es madre y él, hijo que necesita el cuidado y el amor. Y la mujer retira la denuncia. Vuelve con su agresor, porque en ese momento no es tal, están en otras posiciones subjetivas. Hasta que el circuito de identificaciones vuelva a dar otra infernal vuelta.

Cuando en la fase de agresión el maltratador llega a matar a la mujer, ocurre algo tan particular de este delito, que ocurre muy poco en otros, y es que el maltratador se entrega o se suicida. Esto es debido al giro instantáneo tras ver a la mujer caída. Cuando esto ocurre es porque la mujer está incrustada en la vida pulsional del hombre, lo que ella significa es parte de su narcisismo. Mata a un objeto que forma parte de sí mismo, y al dañar y eliminar a ese objeto, su propia vida no parece posible, la agresión cometida hacia ella debe cometerla también hacia sí mismo. De alguna manera la pulsión que le une a ella en esta fase, es pulsión de muerte, que se dirige primero hacia ella, a continuación hacia sí mismo. Y si no, se entrega, que es un equivalente de lo anterior. No se trata exactamente de sentirse culpable, sino de imposibilidad de seguir.

Por todo esto, cuando tratamos de intervenir y solucionar situaciones de malos tratos y violencia de género, además de intervenciones sociales, policiales y jurídicas, hay que hacer intervenciones que consigan influir en el cambio de las posiciones subjetivas de las personas. Es la forma de evitar la repetición del circuito de la violencia.

6.1.4. Determinantes de salud de género tradicional

Los procesos psicosociales de género que producen vulnerabilidad y, por tanto, son determinantes de salud, proceden de las situaciones desfavorables en que colocan los roles de género y los procesos subjetivos correspondientes. Los relacionados con el modelo de género tradicional proceden, en general, de las posiciones subordinadas y objetales de las mujeres y de los imperativos de poder de los hombres.

TABLA 12.-Procesos de vulnerabilidad de modelo de género tradicional

	Procesos psicosociales de vulnerabilidad por rol de género	Procesos subjetivos de vulnerabilidad por conflictos en ideales de feminidad
MUJERES	— Subordinación/Dependencia/Falta de autonomía. — Carencias por relación asimétrica de pareja: • Falta de comunicación íntima. • Ausencia de cuidados y devolución amorosa. — Abusos y malos tratos. — Reclusión en espacio doméstico. — Trabajo de ama de casa: • Aislamiento con falta de estímulos, pasividad, trabajo repetitivo, invisible, desvalorizado y no remunerado. — Incomunicación, falta de relaciones y apoyo social. — Sobrecarga de cuidadora como única vía de realización: • Sobrecarga física y emocional. • Abuso emocional por familiares. • Rol de soporte para todos. • Impacto de los conflictos de las personas a su cargo. — Enfermedades o problemas de hijos/as. — Enfermedades de la pareja y otros. — Consumo de tóxicos de su pareja y otros. — Falta de proyecto y realización propios. — Falta de tiempo propio y autocuidado.	— Mantener posiciones pasivas y objetales: • Dependencia afectiva. • Temor a perder al hombre. • Resignación. • Exposición a abusos. — Sexualidad activa proscrita en la definición de feminidad moral tradicional. — Frustración y duelo por ruptura o abandono de pareja. — Sentimiento de obligación de cuidar. — Dificultades con el ideal maternal (infertilidad o embarazos conflictivos). — Conflicto con el ideal de «buena madre»: hijos/as con enfermedad o marginados. — Períodos de ciclo vital que redefinen la feminidad (adolescencia, maternidad, menopausia, histerectomía, mastectomía…).
	Procesos psicosociales de vulnerabilidad por rol de género	Procesos subjetivos de vulnerabilidad por conflictos en ideales de masculinidad
HOMBRES	— Empuje al riesgo como demostración de fortaleza. — Actos de demostración de invulnerabilidad (riesgos físicos y consumo de tóxicos). — Pérdidas del rol de dominio. — Dificultades con el rol de sostenedor de la familia. — Quiebras de la relación de propiedad de la mujer.	— Ruptura o abandono de la pareja. — Intolerancia al abandono de la mujer. — Recurso a la violencia. — Conflicto con ideal de «buen padre»: hijos/as con enfermedad o marginados. — Dificultad para responder al ideal de potencia y omnipresente respuesta sexual. — Períodos del ciclo vital que redefinen la masculinidad (adolescencia, paternidad, pérdidas físicas, envejecimiento…).

En la Tabla 12 se sintetizan estos procesos que crean conflicto y vulnerabilidad para las mujeres y para los hombres'.

Para las mujeres, la vulnerabilidad procede de las limitaciones del rol al imponer la reclusión en el espacio doméstico y la relación de dependencia tanto económica como emocional en la que queda. Mabel Burin (2005), en un estudio realizado en 1992, sobre las subjetividades vulnerables en mujeres por factores de distintos modelos de género, describe los estados de ánimo y malestares de las mujeres tradicionales, incluida la adicción a tranquilizantes y lo relaciona con los anteriores factores descritos. Llama `estados tóxicos' a esas situaciones de aislamiento y estar en función de los otros, aquella posición objetal y pasivizada en la que apenas hay disponible alguna vía de realización: `se trata de la imposibilidad de transformar una cantidad de libido disponible en algo cualificable, que tenga significación para el sujeto'.

Los malos tratos o violencia de género y los abusos sexuales, son procesos de alta vulnerabilidad que afectan a la salud e las mujeres de forma crónica (Begoña López Doriga (coord.), 2002; Pilar Blanco y cols., 2004).

Asimismo, por la función de cuidadora y soporte de los otros, tanto personas dependientes o independientes (hijos, hijas, marido, enfermos, personas mayores y discapacitadas...) (M.a del Mar García-Calvente, 2004 y 2007b). Su actividad, sus intereses, sus vivencias significativas, su fuente de estímulos y de frustraciones proceden de las personas a su cargo. Esto produce un desequilibrio ya que conlleva carencia de proyectos propios, escasa importancia de los propios deseos y cuidados y la vivencia de la relación con el mundo a través de los otros, lo que contribuye al vacío subjetivo. En estas circunstancias, los problemas de los hijos/as u otras personas incluidas en su círculo íntimo, son causa de trastornos de más peso por todo lo que en ellos está depositado. Estas cargas del rol dependiente y de cuidadora fueron los procesos psicosociales más frecuentes encontrados en mujeres con trastornos mentales comunes, somatizaciones y dolor sin causa orgánica (síndromes del malestar) en consultas de atención primaria (Sara Velasco y cols., 2007)'.

En la esfera subjetiva la vulnerabilidad procede, por una parte, de los efectos del ideal de feminidad basados en la dependencia afectiva y el imperativo de ser cuidadora. Esto coloca en posición subjetiva pasiva, resignada, asexuada, y expone a situaciones de abuso y de autoexplotación, por el sentimiento de culpa que genera intentar dejar esas posiciones. Por ejemplo, hay momentos en que una mujer sometida a la función de cuidadora y dañada claramente por ello, no puede delegar, buscar ayuda, salir de ello... porque se siente culpable de hacerlo, se siente mala madre o mala esposa. O si está sometida a malos tratos por la pareja, tarda en sentirse con derecho o capaz de dejarlo o denunciarlo, porque se siente obligada a permanecer. Estas dificultades proceden de su ideal de feminidad, son imperativos internos a los que se suman a los imperativos sociales y externos.

Por otra parte, la vulnerabilidad procede de dificultades o conflictos para cumplir con el ideal. La separación o abandono de la pareja funcionan como imposibilidad de mantener a un hombre a su lado. Los conflictos con la pareja, separación, abandono del compañero, malas relaciones, fueron el segundo proceso más frecuente encontrado en mujeres con síndromes del malestar.

La infertilidad o las pérdidas de embarazos y de hijos, incumplen el ideal maternal. Más culpable aún se sentirá una mujer si no siente deseos de ser madre, o si siente rechazo por un embarazo (Sara Velasco, 1995). Y más adelante, el sufrimiento por la idea de ser `mala madre' si el resultado de la educación de los hijos no es la deseada, si los hijos o hijas tienen problemas o incluso enfermedades. La pérdida de un hijo, es el extremo de esta carga de culpabilidad a la que el dolor inevitable por la peor pérdida, se suma la culpabilidad añadida por la cultura social de género que culpabiliza a las madres por todo aquello que les pase a los hijos e hijas (M.a Asunción González de Chávez, 1998; Sara Velasco, 2005a). Y los conflictos, problemas o enfermedades de los hijos e hijas hasta edades adultas, fueron el tercer proceso más frecuente en mujeres con síndromes del malestar.

Por último, en las etapas del ciclo vital en que los cambios fisiológicos cambian el cuerpo en sus funciones sexuales, como la menarquia, el postparto, la menopausia; o bien operaciones que mutilan órganos sexuales, como la histerectomía, mastectomía... Estos cambios requieren una redefinición de la imagen corporal interna. Los órganos perdidos o las funciones que cambian, podían ser símbolos que apoyaban su imaginario de feminidad. Como cada cambio o proceso corporal tiene un correlato de proceso psíquico, este proceso ha de rehacerse. Esto supone crisis acompañadas de vulnerabilidad, en las que la posición subjetiva femenina ha de reconstruirse apoyada en otros símbolos.

Para los hombres la vulnerabilidad procede, en síntesis, de los efectos de la necesidad de mantener siempre posiciones de potencia y de propiedad sobre la mujer. Correr riesgos demostrando fortaleza (Luis Bonino, 2000; Stanistreet, 2005), con insensibilidad al dolor y consumiendo tóxicos `hasta donde el cuerpo aguante' (Benno De Keijzer).

En las caídas del rol de sostenedor de la familia y de la relación de propiedad con la mujer, incumple los mandatos de rol y cae su autoestima. Los conflictos de pareja fueron el primer proceso psicosocial en hombres asociado a síndromes del malestar. Es más propio de la posición masculina tradicional reaccionar ante ello con agresividad y violencia y consumo de tóxicos. Aunque también puede derivar en somatizaciones y estados de ansiedad y depresivos.

Por el depósito que el hombre tradicional hace sobre el trabajo, las desvalorizaciones y conflictos en esta esfera son procesos de vulnerabilidad. Se encontró como la tercera causa más frecuente de síndromes del malestar en hombres (Sara Velasco y cols., 2007).

La caída de ideales también puede afectar a su condición de padre, cuando existen problemas con los hijos e hijas de cualquier edad, sobre todo si están enfermos o si no alcanzan los logros esperados.

Y, por último, el imperativo de mantener siempre una potencia sexual disponible y su asociación simbólica con la posición de potencia en general, hace que cualquier

caída simbólica de esa potencia, como perdida del trabajo, abandono de la mujer, desvalorización social, o incluso el envejecimiento, pueda repercutir también en impotencia sexual, lo cual conlleva, a su vez, estados anímicos muy vulnerables.

A pesar de la transformación social durante el siglo xx, debida a la incorporación de las mujeres a la educación, el trabajo y la vida pública, la vigencia del modelo de género tradicional se sigue constatando en determinados grupos de edad y tramos sociales.

Las mujeres que permanecen fuera del espacio público y dependientes del marido, con función de amas de casa, lo más probable es que estén funcionando en familia de modelo tradicional. Y en España, por ejemplo, las mujeres entre los 50 y 64 años, son amas de casa el 67,3% y siguen el modelo del hombre que aporta mayores ingresos en la casa el 66% (Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del siglo xxi, 2006). Cuanto más baja es la clase social (menor nivel educativo y sin empleo remunerado o empleo precario o de menor cualificación) mayor es la sujeción al modelo tradicional. En este grupo de edad (de 50 a 64 años) el 74,2% tiene nivel educativo igual o por debajo de bachiller elemental.

También se puede comprobar la vigencia en edades más jóvenes y otros tramos sociales. Puede que no exista dependencia socioeconómica de la mujer o posición socialmente subordinada y, sin embargo, en la esfera íntima se estén reproduciendo patrones afectivos tradicionales, los cuales producirán actitudes de vulnerabilidad de género.

6.2. MODELO DE GÉNERO EN TRANSICIÓN

> Terminó la guerra. Volvieron los hombres y se encontraron con una mujer independiente económicamente, consciente de sus valores, con el pelo cortado a lo garconne y con una libertad sexual comparable a la del hombre. (...) Ya no hubo vuelta atrás.
>
> MARIE LANGER, 1951, pág. 15

A lo largo del siglo xx, el modelo tradicional fue subvertido debido al cambio social de mayor trascendencia: la incorporación de las mujeres a la educación, al trabajo y a la vida pública. Esto supuso la salida de las mujeres del lugar de subordinación y ha obligado a una transición con cambio de posiciones en el sistema sujeto/sexo/género. Las generaciones de mujeres y hombres adultos de la segunda mitad del siglo xx, han tenido que transgredir el modelo de género tradicional en el que habían sido socializados. Pero se trata de un cambio no acabado en el que se ha modificado el modelo social, pero las personas conservan valores tradicionales en la esfera íntima.

Los cambios estructurales principales de la transición de género son:

-la presencia de las mujeres en la vida pública, su autonomía económica y vital y

su acceso a la propiedad y su gestión,

-la redistribución entre los dos sexos de las funciones públicas y domésticas, antes asignadas a cada uno,

-el control de la reproducción por parte de las mujeres,

-la atomización entre ambos de las funciones maternales y paternales,

-el acceso de las mujeres a la elección y actividad sexual,

-el cambio en la estructura del vínculo de pareja.

La estructura del vínculo entre hombre y mujer (Tabla 9) ya no se basa en crear una familia mediante un contrato matrimonial, sino en formar una pareja, que pasa a ser el núcleo social básico. Ya que tanto hombre como mujer pueden ser independientes y no se necesitan para la supervivencia económica y social, la pareja se constituye con los motivos del amor, la satisfacción de necesidades íntimas y para compartir y crear una familia no jerarquizada, en la que ambos contribuyen al mantenimiento y son propietarios, en principio, en igualdad de condiciones.

Al no tratarse ya de una familia tradicional, la unión de pareja puede ser también entre personas del mismo sexo. Tener hijos e hijas no es ya un mandato, es electivo y cuando se tienen, son un producto del proyecto en común.

Debido a que se trata de unión para llevar a cabo un proyecto que implica a ambos y no la perpetuación de una estructura familiar y la transmisión de la propiedad, la pareja no es permanente, sino que dura lo que dura el amor, o lo que dura la crianza de los hijos, o hasta que se produce divergencia de proyectos, o hasta que uno de los dos, o ambos, desea y decide establecer el vínculo con otra persona. De todos modos, es propio de esta estructura, que aunque no exista necesidad de permanencia y exclusividad, se dé la paradoja de que, en el primer momento, tengan la fantasía de que es para siempre, a pesar de la pertinaz evidencia en contra. Ello es debido a la consistencia de ideales tradicionales que en lo íntimo no han desaparecido. Las formas de convivencia son cambiantes y se pueden suceder convivencias en común o separados o con otras personas. Pero esta convivencia se apoya siempre en relaciones de parentesco, de amor o de apoyo mutuo.

Es trascendente en la estructura de la pareja que ambos realizan trabajo productivo, estando entonces comprometidos y aportando bienes materiales en principio de igualdad de condiciones, aunque también por el rastro tradicional social que permanece, las mujeres ganen menos y su trabajo se considere de segundo orden de prioridad en la pareja.

No existe relación de poder/subordinación en lo social, pero por las condiciones propias de transición, continúan esta relación en la esfera íntima, que puede seguir estando regulada por superioridad del hombre, que simbólicamente se realice por

ganar más, o por tener mejor posición social, o más edad, o cualquier rasgo que le pueda colocar por encima. La dependencia afectiva entre ambos es mutua.

6.2.1. Roles de género en transición

Lo que caracteriza a los roles que desempeñan hombres y mujeres en la pareja (también cuando son personas del mismo sexo), es la multifuncionalidad de ambos, aunque la carga polifuncional es siempre mayor para las mujeres.

Los hombres mantienen su rol social activo y de trabajo productivo, así como el rol paternal nominal portador de la ley, pero la transición es hacia compartir ambos roles con la mujer. A los hombres se les añaden funciones domésticas, que al no ser remuneradas y socialmente invisibles, pueden hacer dejación y no cumplir. Además, los hombres acceden a roles maternantes con los hijos e hijas y también de cuidado hacia su compañera. Del mismo modo, estas funciones pueden ser evadidas en mayor o menor medida. Veremos más adelante la gran repercusión que estas asignaciones tienen en los ideales de masculinidad.

Las mujeres, sin abandonar las funciones de su antiguo rol doméstico y maternal, se añaden funciones sociales y trabajo productivo y funciones paternas de ley, decisiones y educación de los hijos. Ellas, sin embargo, no pueden evadir ninguna de las funciones antiguas y nuevas, al contrario, reciben más sobrecarga multifuncional en caso de que su compañero evada las suyas.

Así que, esto es lo que caracteriza los roles en transición: la multifuncionalidad desigualmente repartida y las contradicciones por acumulación de ideales antiguos y nuevos.

6.2.2. Feminidades y masculinidades en transición

Las posiciones subjetivas femenina y masculina han variado sustancialmente por el cambio de estructura y de roles. El ideal resultante de feminidad y masculinidad es igualitario en derechos y poder, pero permanece dicotómico en la esfera de la intimidad (Tabla 9).

La unión de la pareja se debe al amor, que se ha convertido en una vía de simbolización, es decir, de realización subjetiva, y además se ha dado la unión entre amor y sexo en la misma pareja. Por ello, el amor, el erotismo y la sexualidad adquieren una omnipresencia social en la actualidad en el discurso de relaciones hombre-mujer, como no había existido antes. Las posiciones de relación inter-subjetiva se apoyan en gran medida en los imperativos del amor, y la finitud de las parejas se debe a los avatares del mismo.

La unión de pareja tiene que ver con la búsqueda de seguridad para el acceso, tanto al amor como a una sexualidad regular. Una vez instituida la pareja, y sobre todo si tienen hijos/as, suele continuar como pacto para la crianza y la construcción de una

cierta seguridad material. En definitiva, la necesidad de seguridad en un mundo expuesto a la autonomía, coloca a uno y otra en un vínculo de sujeto a sujeto, vulnerables ambos.

La posición subjetiva del lado de las mujeres en transición, está comandada por la sobrecarga por el acceso a ser sujetos sociales, sujetos del saber y el trabajo, y ser portadoras de función de ley (sólo función del padre antes) en la crianza de los hijos/as. Se generalizan posiciones subjetivas activas y la posibilidad de simbolizar y construir una identidad femenina no ligada sólo a la seducción y la pasividad. La feminidad se caracteriza ahora por atributos apropiados a las nuevas funciones: ser activa, capaz, fuerte, independiente, y también está validada la seducción, ya que ahora no está proscrita la sexualización en la feminidad. Aún así, se mantiene valores íntimos tradicionales de afectividad, entrega, sostén de la vida cotidiana y el cuidado que se suman a las nuevas condiciones.

En la transición, la feminidad está en conflicto. Y la plasticidad del cuerpo está reflejando estos conflictos con lo que podríamos llamar una feminidad en carne viva. En las últimas décadas del siglo xx, se pudo constatar un aumento de las somatizaciones sobre el cuerpo en las funciones donde la relación con la feminidad está comprometida. No es casual la creciente prevalencia de síndromes como la endometriosis - la sangre menstrual que se vierte hacia dentro-, que tiene un desconcertante comportamiento paradójico: se acompaña de dolor cuya intensidad, muy variable, no tiene correlación directa con el tamaño de los implantes endometriales ectópicos, ni del tamaño de los quistes que provoca. Que cursa con infertilidad de evolución paradójica, que desaparece sin causa aparente, tanto si se trata como si no. Sería necesario investigar hasta qué punto no tiene un componente psicosomático relacionado con la metáfora de la feminidad en conflicto (Sara Velasco, 1994). El mismo significado que podrían tener los dolores perimenstruales, cíclicamente invalidantes; o quistes anexiales cuya aparición encuentra su sentido en hechos biográficos bien localizables; o los ovarios poliquísticos, grandes, duros y perezosos para producir hormonas femeninas. Posibles metáforas que se expresen en estas funciones, como ya lo detectó Marie Langer (1951), en relación a los efectos psicosomáticos en fertilidad, embarazos y partos, según el lugar que ocupa la maternidad y la feminidad en cada sociedad y, por tanto, lo que significa para las mujeres.

La masculinidad en transición conserva los atributos de actividad, capacidad, superioridad relativa sobre la mujer y realización personal mediante proyecto público y de trabajo propio, paternidad nominal y de responsabilidad social. Pero se añade el ser capaz de mantener una pareja satisfactoria, acorde con los requerimientos del amor y la sexualidad. Y se suman atributos a la masculinidad procedentes del nuevo acceso a funciones maternantes y de cuidado y a no estar ligada necesariamente a posiciones de poder. A la masculinidad se le puede atribuir también ser vulnerable, expresivo, sensible, seductor y amoroso.

En realidad, feminidad y masculinidad cada vez se acercan más en sus

atribuciones, pero permanecen contradicciones por posiciones tradicionales íntimas. Se puede reconocer la permanencia de ideales tradicionales en la intimidad, por ejemplo, en que hombres y mujeres pueden tener parejas sucesivas y también existe suficiente libertad individual como para que se puedan tener relaciones sexuales fuera de la pareja. Pero estas se ocultan metódicamente para sostener la fantasía clásica de exclusividad. Las mujeres las ocultan e infravaloran para seguir respondiendo al ideal de feminidad de recato e inactividad sexual; los hombres las sobrestiman en cualquier círculo, aunque las oculten a su pareja, para seguir respondiendo al ideal de masculinidad fundado en la superioridad de su potencia.

6.2.3. Mascarada de la feminidad y techo de cristal, efectos de la transición en la subjetividad

En 1929, la psicoanalista Joan Riviére escribió un trascendente artículo en el que usó por primera vez el término de `mascarada de la feminidad'. Se refirió a comportamientos de algunas mujeres, en determinadas circunstancias, de coquetear con los hombres de manera más o menos velada, con el fin de ser objeto de deseo. Relata el caso de una mujer profesional, con alta capacidad de trabajo que en ocasiones tenía que hacer presentaciones orales en auditorios en los que muchos hombres escuchaban el despliegue de su potencia intelectual. Ella misma observaba con sorpresa que, al terminar estos actos, necesitaba entablar conversación con hombres que la habían escuchado y mostrar las insignias femeninas, ponerse seductora y frágil, desplegando lo que llamaba la feminidad como mascarada.

Pues bien, Joan Riviére (parece ser que el caso relatado era sobre ella misma)' se percataba de que este comportamiento se debía a que se sentía culpable por su poder intelectual frente a los hombres. Sentía que esto había sido una manifestación de su masculinidad y necesitaba después hacer ostentación femenina para pedir perdón a los hombres, manifestándose como un `ser carente de culpa e inocente', ofreciéndose como objeto de deseo, compensando así, con una máscara tradicionalmente femenina, la masculinidad con la que había sentido invadir el terreno masculino.

Esta actitud es hoy auto-reconocida por muchas mujeres, que se sienten como si tuvieran que pedir perdón, tomando actitudes de dulzura, después de ocupar lugares o tener actuaciones intelectuales o profesionales, tradicionalmente de los hombres. Es un conflicto de la subjetividad en la transición de género.

Este mecanismo esta siendo también fuente explicativa para un problema importante en la transición de género: el llamado `techo de cristal'9. Designa el techo impuesto para la realización laboral de las mujeres y su llegada a puestos de poder, y que se compone de diversos impedimentos y discriminaciones. Además de los obstáculos externos, a los que hay que prestarles la máxima atención, existen también obstáculos internos, procedentes de los atolladeros subjetivos de las mujeres y también de los hombres. Estos conflictos internos han sido explicados por el `miedo al éxito' que pueden padecer las mujeres en transición, cuyo mecanismo se relaciona con el sentimiento de culpa por la masculinidad, descrita por Joan Riviére.

M.a Asunción González de Chávez (1998), apoyada también en el análisis de la feminidad como máscara, habla del miedo al éxito y del temor a actuar la rivalidad. Dice:

> El `miedo al éxito' podría ser descrito como una inhibición femenina a realizar todo tipo de actividades asertivas, fuera del rol maternal, a través de las cuales podría recabar poder y gratificaciones narcisistas. Ello entrañará, pues, un bloqueo de todo comportamiento competitivo y de toda ambición manifiesta (1998, pág. 333).

De realizarse el éxito, aparecería el sentimiento de culpa por transgredir los mandatos de la feminidad tradicional y requerirían comportamientos expiatorios y reparadores, como el despliegue hiperfemenino. Las mujeres en transición pueden reconocer fácilmente, aunque no sin cierto sonrojo, otros modos de expiar esta culpa, como desarrollar un trabajo desaforado y excesivo, o incluso renunciar al cobro, permitiendo un pago o reconocimiento inferior al que un hombre recibiría en el mismo lugar. Esto explica también la constancia de comportamientos de las mujeres que pueden realizar trabajos muy por encima del nivel en el que están reconocidas y sin pedir ascenso, reconocimiento, ni aumento de retribución, manteniéndose justo por debajo del lugar que ocupa un hombre significativo (el que está en el lugar del jefe) con el que mantiene una relación más o menos paradigmática de la relación de poder de género tradicional.

M.a Asunción González de Chávez cita dos investigaciones interesantes para comprobar la vigencia del mecanismo de miedo al éxito. Expone como Matina Horner (1972) comprobó las reacciones de mujeres y hombres frente al éxito, entre estudiantes de medicina. Comprobó cómo entre el 65% y el 85% de las estudiantes experimentaban angustia y miedo ante la posibilidad de alcanzar el éxito en actividades académicas o profesionales, y «confusas, turbadas y con temor a las consecuencias negativas que podrían derivar del triunfo», mientras que sólo lo temían el 10% de los estudiantes (1998, pág. 333).

> El sobresalir era claramente asociado por las mujeres con la pérdida de la feminidad, rechazo social, destrucción personal o social o alguna combinación en torno a ellas (Matina Horner, 1972, pág. 173, citada por González de Chávez, 1998, pág. 334).

Posteriormente, Colette Dowling (1981), matiza que las mujeres con mayor miedo al éxito se habían socializado en familias con estricta división de roles, precisamente de clase media y alta, en que la madre no estaba emancipada, no trabajaba y permanecía por debajo del padre socialmente exitoso. Mientras que:

> Las que no oponían reparos al éxito eran mujeres de clase baja, con madres a menudo mejor educadas que su marido, y que habían trabajado toda la vida. Las hijas de aquellas mujeres no experimentaron ningún conflicto entre la realización y la feminidad (Collette Dowling, 1981, pág. 189, citada por

González de Chávez, 1998, pág. 344).

La diferencia por clase social y realización de la madre y el padre, apuntan a la interacción de los procesos de género con los socioeconómicos.

Todo esto no quiere decir que la culpa de la desigualdad en el acceso al poder sea de las mujeres y hay que tener precaución de no omitir los obstáculos sociales y la discriminación externa que actúa con fuerza. Sólo se trata de ver también el componente del problema en la esfera subjetiva. Y este es un conflicto propio de la transición de género en la feminidad y la masculinidad que contribuye a producir las desigualdades de género en el campo laboral.

6.2.4. Determinantes de salud de género en transición

La transición de género ha traído a mujeres y hombres procesos protectores procedentes de la salida de relaciones de poder/subordinación. Es un factor de protección principal para la salud de las mujeres la autonomía e independencia; el contar con vías de realización vedadas hasta el momento, como el trabajo, el saber, el encuentro con los otros y la participación en la vida pública. Asimismo, el haber ganado posiciones como sujeto de los propios actos, saliendo de las limitaciones de la sujeción al hombre y a las funciones obligadas de maternidad y cuidado. Y también el acceso a la capacidad de elección y decisión en amplias esferas de sus vidas y al placer y a la sexualidad, sin caer en el descrédito y la culpabilidad.

Para los hombres, la liberación de la carga del mantenimiento del poder y la potencia a ultranza, es una protección, aunque es un proceso lento que tiene que ir diseccionándose de la pérdida de privilegios. Acceder a la sensibilidad y afectividad antes vedada. Y el acceso a una paternidad maternante, con posibilidad de vivir la ternura y de incorporar a sus hijos e hijas en su vida afectiva, cuando antes era sólo paternidad nominal y autoritaria.

Pero la transición conlleva también procesos de vulnerabilidad que, en síntesis, proceden de la acumulación de funciones y roles y de la coexistencia de ideales con tradictorios antiguos y nuevos que conllevan, a veces, desajustes y desencuentros en las relaciones. Se sintetizan en la siguiente Tabla 13.

TABLA 13.-Procesos de vulnerabilidad del modelo de genero en transición

	Procesos psicosociales de vulnerabilidad por rol de género	Procesos subjetivos de vulnerabilidad por conflictos en ideales de feminidad
MUJERES	— Cuadros de sobrecarga por acumulación de roles antiguos y nuevos: • Doble jornada laboral (dentro y fuera de casa). • Triple jornada (dentro y fuera de casa y cuidado de dependientes). • Cuidado de dos o más hijos pequeños. • «Supermujer», «abuela esclava»… — Carga monoparental en soledad. — Frustración del proyecto personal de trabajo. — Infravaloración y segregación en el trabajo remunerado frente al masculino. — Acoso laboral.	— Trasgresión de roles familiares y de feminidad esperados en mujeres innovadoras. 'El techo de cristal'. — Conflictos de pareja por redistribución del poder o posiciones de privilegio de los hombres. — Frustraciones y duelo por ruptura o abandono de pareja. — Dificultades de compatibilidad con el ideal maternal (desacuerdos sobre el deseo con la pareja, infertilidad, retraso de la maternidad…). — Conflicto con el ideal de «buena madre»: hijos/as con enfermedad o marginados. — Períodos de ciclo vital que redefinen la feminidad (adolescencia, maternidad, menopausia, histerectomía, mastectomía…).
	Procesos psicosociales de vulnerabilidad por rol de género	Procesos subjetivos de vulnerabilidad por conflictos en ideales de masculinidad
HOMBRES	— Contradicciones de la innovación y de descapitalización de posiciones de privilegio de los hombres. — Acceso a los roles tradicionalmente femeninos. — Roles de nuevos cuidados y compartidos cuestionados o mal vistos por el entorno. — Pérdida de contacto y cotidianidad con hijos e hijas por separación. — Carga monoparental en soledad. — Desvalorización en el trabajo. — Acoso laboral.	— Nostalgia del rol de dominio y privilegios tradicionales masculinos. • Inhibición y pérdida de compromiso. • Violencia de género. • Uso de la prostitución. — Desconcierto ante confrontación con ideales de masculinidad de los nuevos modelos. — Conflictos de pareja por redistribución del poder, de la autonomía y de las funciones. — Conflicto con ideal de «buen padre»: hijos/as con enfermedad o marginados. — Dificultad para responder al ideal de potencia y omnipresente respuesta sexual. — Períodos del ciclo vital que redefinen la masculinidad (adolescencia, paternidad, pérdidas físicas, envejecimiento…).

Para las mujeres, están a la cabeza de los procesos de vulnerabilidad, las dificultades para compatibilizar el mundo laboral con el personal. La sobrecarga proce dente de la multifuncionalidad es un factor principal para las mujeres en transición. Los populares síndromes de la supermujer o de la abuela esclava, son efectos bien conocidos.

Respecto a esta sobrecarga de roles antiguos y nuevos, Mabel Burin, llama `transicionales' a las mujeres que hacen enormes esfuerzos para añadir el trabajo a sus cargas domésticas y de cuidado. En esta combinación `requieren vinculación de tipo afectivo con las personas y la tarea, y la responsabilidad laboral que exige

vinculación de predominio racional' (1991), con las consecuentes tensiones y conflictos, en parte, por el cambio de posición subjetiva que supone ir de uno a otro tipo de vinculación y, en parte, por la sobrecarga de tiempo y esfuerzo que requiere. La doble jornada (trabajo remunerado y doméstico) y triple jornada laboral (trabajo remunerado, doméstico y cuidado de dependientes), es un proceso de vulnerabilidad de alto impacto en las mujeres transicionales. Se recrudece por la deficiencia de recursos sociales para la crianza de los hijos/as, y por la organización social que está en función de las posibilidades de los hombres, que disponen de todo el tiempo para el ejercicio profesional, sin contar con que la conciliación de todas las esferas de trabajo y cuidado que la vida requiere, precisan de una organización social que permita hacerlas compatibles. Además, es propio de la transición que los hombres no estén incorporados al trabajo reproductivo y tiendan a evadirlo, lo cual representa el mantenimiento de los privilegios tradicionales, que es vivido por sus compañeras como un intento de subordinación, siendo una de las causa de conflictos de pareja.

Muy especial impacto para las mujeres tienen las nuevas formas de relación entre ambos sexos que arrojan el resultado de nuevas estructuras familiares: doble jornada laboral con carga monoparental en soledad, en los que la mujer sufre una sobrecarga al acumular el trabajo remunerado, el avance en su profesión, el sostén de la casa y de hijos e hijas, su cuidado y afrontar los conflictos de estos hijos adolescentes y jóvenes, y todo ello en soledad afectiva (Lucía Artazcoz, 2007). Este cuadro, que es mucho más grave cuando los recursos económicos son mínimos, se reconoce como un proceso fuertemente determinante de salud.

Una parte de las mujeres encuentran el problema del `techo de cristal', que hemos analizado antes, y que tiene un componente de obstáculo social al avance de la carrera laboral de las mujeres, y otro obstáculo que radica en la subjetividad que sustenta el mandato social y que proporciona una parte de la superficie a ese techo (M.a Asunción González de Chávez, 1998; Mabel Burin, 2005; Mariam Alizade (compl.), 2007).

Los conflictos de pareja son un proceso psicosocial que no está apenas reconocido. Sin embargo, se encontró que este era el primer problema psicosocial asociado a síndromes del malestar en hombres y el segundo en mujeres, y era también el primero en las mujeres hasta los 44 años (Sara Velasco y cols., 2007). Los conflictos de pareja están envueltos en la alta demanda mutua de los miembros de la pareja en transición. La demanda de amor, de satisfacción íntima, de satisfacción sexual, de dedicación, de seguridad,... y la exclusividad y permanencia aún por imperativos antiguos, son expectativas que han recaído sobre la pareja. La talla de ambos ha de ser muy alta para responder a estas demandas. Además, la cooperación esperada para hacer avanzar los proyectos personales, para crear un patrimonio y mantener los re cursos materiales, para tener y criar hijos/as, no se produce de forma igualitaria. Los peores conflictos proceden de la decepción del amor, de la ruptura de la fidelidad, de las sobrecargas funcionales de la mujer, de la falta de compromiso para la paternidad/ maternidad. En definitiva, de la frustración de las expectativas de apoyo para el éxito social y personal depositadas en la pareja. Hoy día, la pareja es la persona a la que

más se puede llegar a dañar, odiar y despreciar después de la separación o divorcio, el cual conlleva uno de los duelos más dolorosos y extendidos desde la segunda mitad el siglo xx.

Para muchas mujeres, la maternidad sigue siendo una expectativa y un deseo, pero debe encontrar su lugar. Por una parte, en medio de todos los demás proyectos vitales, los cuales tienden a retrasarlo. Por otra, consiguiendo el acuerdo de un hombre que se comprometa a ser padre, y es frecuente que el hombre en transición puede estar inhibido al respecto y huir de tal compromiso. El retraso de la maternidad y a veces su imposibilidad, aparecen como frustración.

Las mujeres en transición de género, pueden padecer también la misma vulnerabilidad que las tradicionales cuando sufren caída del ideal de `buena madre' por problemas con los hijos e hijas, riesgo de dolor que afecta a cualquiera que se arriesgue a tener hijos. Y también puede sufrir las dificultades en el paso de etapas del ciclo vital que exigen redefinir la feminidad.

Para los hombres, ya hemos dicho que los conflictos de pareja parecen ser el proceso psicosocial más frecuente. Y pueden proceder de la des capitalización de aquel lugar de número uno y de poder, con los privilegios que conllevaba, quedando en conflicto ante la necesidad de un nuevo modelo para relacionarse con la mujer. Las situaciones conflictivas cuando el hombre queda en pie de igualdad con su pareja, y pierde entonces el ideal de ser `sostenedor de la familia'. Y cuando la mujer espera de él una implicación emocional como sujeto, para la que no tiene modelo.

Estas situaciones derivan en tres efectos: la inhibición y falta de compromiso, el uso de la prostitución, o el recurso a la violencia. Los tres son reacciones ante la impotencia frente a una mujer sobre la que ya no tienen poder.

La primera, la inhibición es más propia de hombres con recursos personales, y que quedan a la espera de encontrar el modelo o el ideal de apoyo para seguir.

La segunda - el uso de la prostitución-, es llevar a la práctica una relación con la mujer como objeto sexual que le permite tener temporalmente una fantasía de potencia, compensando un poco la impotencia que siente ante la mujer sujeto. Esto explica que el uso de la prostitución haya aumentado mucho en las últimas décadas, que sea utilizada por hombres de cualquier edad y tramo social, con la paradoja de que es una época en que mujeres y hombres tienen libertad para tener relaciones sexuales no pagadas.

La tercera - la violencia-, es el recurso de hombres psíquicamente más atávicos, lo cual no está reñido con que sean más o menos cultos, que reaccionan con agresividad ante la mujer sobre la que sienten que pierden el poder.

Cuando los hombres empiezan a acceder a roles que eran tradicionalmente femeninos, las tareas domésticas, el cuidado afectivo de hijos e hijas, el cuidado de su pareja u otras personas... pueden sentirse observados y cuestionados por su entorno.

Están en tránsito hacia el cambio de ideales de masculinidad y pueden sentirse desvalorizados. Del mismo modo, aun tiene algunas consecuencias de vulnerabilidad, cuando hombres que se separan, después de haber vivido una paternidad consecuente y cuidadora y han integrado a sus hijos e hijas en su vida subjetiva, por lo que los necesitan en su vida cotidiana, y se ven obligados a perder el contacto convivencial con ellos.

La transición de género conlleva desajustes en los que unos y otras se ven privados, o bien, sobrecargados, circunstancias de las que deriva la vulnerabilidad.

6.3. MODELO DE GÉNERO CONTEMPORÁNEO

> ... los `pactos de solidaridad civil' que constituyen una alternativa al matrimonio para cualquier pareja de individuos sin relación sanguínea, sea cual sea su orientación sexual.
>
> JUDITH BUTLER, 2006, pág. 160

Lo que puede distinguir a la sociedad occidental contemporánea a final del siglo xx y siglo xxi, es el paso del capitalismo productivo al de consumo. Esta organización socioeconómica tiene su objetivo central en la producción para el consumo de los bienes materiales y se estabiliza dando un lugar preferencial a los intereses individuales. Conlleva el desplazamiento de los valores e ideales sociales hacia la realización individual a través del éxito personal y social, cuyos indicadores principales son la capacidad de consumo de bienes materiales y el confort.

En el modelo de vida basada en el valor de lo material y la riqueza, el hedonismo, la felicidad permanente, se trata de acumular posesiones constantemente renovables que significan el éxito y la felicidad (Fernando Conde, 2000; Enriqueta Moreno, 2000). Estar bien, pasarlo bien, tener un entorno de posesiones y seguridad material, éxito en el trabajo, amigos incondicionales, familia perfecta, goce inexcusable, sexualidad siempre activa, resistencia a ultranza contra la enfermedad, belleza y juventud permanente... La competitividad entre individuos se convierte en un valor.

Debido a este mandato de éxito material, el cuerpo es ahora el que representa al individuo. El cuerpo se ha convertido en el portador de nuestra identidad (Gabriela Buzzatti, 1998; Gérard Pommier, 2002). Pero además, es un cuerpo no habitado por su historia, las huellas y significados que sobre él hubiera dejado la vida (Silvia Tubert, 2001a), sino un cuerpo construido frente al espejo que son las imágenes de los cuerpos de los otros y que se nos ofrecen como modelos (Sara Velasco, 2005c). Los modelos sociales toman una importancia hipertrófica, como no habían tenido antes nunca. Por tanto, a través de la imagen, propuesta socialmente, se reflejará los signos del éxito, la belleza y el disfrute. Veremos que esto es lo que produce efecto en los trastornos de la imagen corporal, paradigma de vulnerabilidad de género contemporáneo.

En este contexto, la estructura en el sistema sujeto/sexo/género (Tabla 9), se apoya en que el núcleo social básico, que ahora ya no es ni la familia, ni la pareja, sino el individuo. Los individuos se unen en pareja para cooperar en los proyectos individuales de ambos, para compartir y realizar una alianza de recursos, además de por amor y para asegurar la sexualidad. Como han estallado las identidades sexuales, la unión puede ser entre individuos del mismo o distinto sexo.

Se trata de uniones no jerarquizadas, en las que el valor prioritario es la libertad individual. En consecuencia no existe contrato de exclusividad y permanencia.

Con la caída del orden patriarcal, la transmisión de la propiedad es individual y los hijos ya no son un mandato, sino que son un proyecto individual, separado de cada uno, que puede ser sumable al proyecto del otro y haber acuerdo para tenerlos temporalmente en común, o pueden circular fuera de la pareja, o puede no haber hijos/as.

6.3.1. Roles, subjetividad y determinantes de género contemporáneos

El orden patriarcal ha dejado paso a un orden individualista e igualitario. Lo que caracteriza a los roles de género contemporáneos es que, con ese ideal igualitario en el horizonte, se han reducido enormemente las funciones dicotómicas y unos y otras se socializan en roles similares. Hablamos de la generación de jóvenes actuales, que se han socializado ya en un contexto crítico y alerta contra la asignación de roles subordinados a unas y de poder a otros. Por ello, los roles son ya multifuncionales e igualitarios para los sexos. La fuerza de la presencia de las niñas y las mujeres en todos los ámbitos, educativos, sociales, laborales, e incluso su eficacia demostrada, hace que las nuevas generaciones prácticamente no tengan recuerdo del ideal patriarcal. Sin embargo, en la medida en que aún padres y madres de esta generación tuvieron una socialización tradicional que dejó su huella de ideales íntimos en la subjetividad, puede perdurar en algunos tramos sociales cierta transmisión de funcionamientos tradicionales en las relaciones en la intimidad. Ello conlleva la coexistencia aún de distintos patrones de relaciones en los mismos contextos. Por ello, no podemos decir aún que las relaciones de género hayan alcanzado el ideal igualitario.

En el modelo contemporáneo, la dicotomía por sexos ha cristalizado con fuerza en el modelo corporal. La diferencia por sexos que no se encuentra en los roles, reaparece determinante en la imagen del cuerpo; el ideal masculino de belleza es fuerte y potente y el femenino es débil, infantil y enfermizo.

En la Tabla 14 se sintetizan los roles de género contemporáneo, que prácticamente sólo divergen en lo referente al modelo corporal. Y a continuación, la Tabla 15 sintetiza los determinantes de género para la salud, consecuencia directa de los anteriores roles.

Las exigencias e ideales sociales para personas de cualquier sexo son la realización

y el éxito personal, profesional, apareciendo en el panorama el éxito sexual visible, que no figuraba hasta ahora sino de forma sigilosa en la masculinidad tradicional. Por ello, uno de los fines de la unión es la cooperación para los proyectos individuales. Los problemas empiezan cuando aparece competitividad y rivalidad entre ambos, que puede venir asociada a los diferentes desarrollos y logros de cada uno. Esto produce colisiones que, a menudo, son la causa de conflictos y separaciones de la pareja.

TABLA 14.-Roles de género contempordneo para mujeres y hombres

Mandato fundamental	Atributos de ambos sexos	Exigencias e ideales sociales	Vínculo subjetivo de pareja
— Disfrute y éxito social, vital y sexual. — Cooperación con el otro para el éxito y el disfrute.	— Actividad. — Autonomía. — Seguridad. — Brillantez intelectual. — Ser divertido/a. — Comprensión. — Receptividad/ actividad sexual. — Sensualidad. — Capacidad paternal-maternal.	— Realización y éxito profesional personal, sexual, maternal y paternal. — Belleza. — Cuerpo objeto sexual. — Delgadez y extravagancia y seducción (ellas-lo femenino). — Fortaleza y potencia sexual (ellos-lo masculino).	— Relación de sujeto a sujeto. — La libertad individual y la satisfacción están por encima de la permanencia de la relación. — El narcisismo de ambos se sostiene manteniendo el interés del otro. — El amor es el horizonte ideal de la unión. — La sexualidad es el trazador del éxito de la relación. — La apoyatura vital son los amigos/as, no la pareja. — Modalidades diversas de convivencia y de pareja. — El deseo individual de hijos/as ha de sincronizarse. — Los hijos/as pueden circular fuera de la pareja.

TABLA 15. Procesos de vulnerabilidad del modelo de genero contempordneo

	Procesos de vulnerabilidad por relaciones de género
MUJERES Y HOMBRES	— Competitividad entre ambos por el ideal de éxito personal y social. — El diferente desarrollo personal produce rivalidad y distanciamiento. — Los proyectos y realizaciones individuales pueden colisionar y dividir la pareja. — Falta de realización de maternidad por asincronía del deseo en la pareja o por competencia con proyecto individual.
	Procesos subjetivos de vulnerabilidad
	— Ideal de eterna juventud. — Desorientación sobre significado y requerimientos del amor. — Sobre-exigencia de satisfacción sexual. — La caída de interés sexual puede deteriorar la continuidad del vínculo de pareja. — Experiencias sexuales fuera de la pareja pueden entrar en contradicción. — Necesidad de re-identificación (reajuste de identidad) con parejas sucesivas. — Períodos largos en la vida de soledad y búsqueda. — Conflictos, desistimiento de encontrar pareja, soledad, frustración, sentimientos de fracaso y abandono.

TABLA 15 (cont.). - Procesos de vulnerabilidad del modelo de género contempordneo

	FEMINIDAD	MASCULINIDAD
Cuerpo y subjetividad	— Discriminación de feminidades masculinas. — Ideal de feminidad focalizado en el cuerpo: • Modelo de cuerpo delgado, lujoso, etéreo, seductor, sexy, inánime, fantástico, inexistente, extravagante. • Insatisfacción con el propio cuerpo. • Restricción dietética, compulsión a cirugía remodeladora. • Hiperconsumo para transformación de la imagen.	— Discriminación de masculinidades femeninas. — Ideal de masculinidad focalizado en el cuerpo: • Modelo de cuerpo fuerte, lujoso, acción, magnetismo, seductor, sexy, potencia sexual. • Insatisfacción con el propio cuerpo. • Vigorexia, empuje al consumo, cirugía remodeladora.

El vínculo en la subjetividad que guía la intimidad de la pareja, de sujeto a sujeto, tiene el amor como horizonte, pero en realidad se apoya más en mantener el interés del otro, lo cual es lo que sostiene el narcisismo de cada uno, y este interés tiene mucho que ver con el interés y satisfacción sexual, que es el trazador de la marcha de la relación. La inmediatez y el individualismo, ponen al amor en un aprieto. Se puede ver cómo las personas en este modelo, están desconcertadas acerca del amor, sobre cómo se construye y para qué sirve. No es que en otros modelos estuviera más claro, ya que el amor siempre ha tenido algo de imposible, pero al ser prioritaria la libertad individual y los logros personales, tramar vínculos más permanentes y poco prácticos

con el otro es más problemático. Quizá también, la sobre-valoración y sobre-exigencia de satisfacción sexual - que es un factor contemporáneo que produce también tensiones y frustraciones-, resta espacio al amor. En esta línea, la caída del interés sexual, o las contradicciones afectivas cuando hay relaciones fuera de la pareja, pueden también deteriorar el vínculo y ser otra fuente de conflictos de pareja.

Otro motivo de conflicto es el deseo asincrónico de maternidad o paternidad. Decíamos que tener hijos/as es un proyecto individual como cualquier otro, que hay que encajar de alguna manera en el curriculum vital. Y no todo el mundo tiene este deseo. La competencia de este proyecto con otros y la falta de sincronización del deseo entre ambos, es otro motivo de conflicto y separaciones. De todos modos, el deseo de hijo/a no está igualmente distribuido. Es más frecuente que las mujeres encuentren el momento y el deseo de tener un hijo, y lo que no encuentran es el acuerdo con un hombre para hacerlo. Está creciendo rápidamente, el número de madres solas que se han servido de reproducción asistida. Es el signo evidente de la maternidad como proyecto individual y no de pareja, que está viniendo a sustituir a la frustración de no poder ser madre por no encontrar acuerdo y compromiso con la pareja, lo que ha estado ocurriendo más a finales del siglo xx.

Las formas de convivencia también han cambiado debido a esta estructura de las relaciones. Parejas hetero, homosexuales, con o sin hijos, conviviendo o no, monoparentales o reconstituidas, e incluso parejas insertas en grupos que pueden convivir o no en la misma casa. Son diversas formas de alianzas afectivas, de convivencia y de cooperación. Ocurre que, a menudo, las relaciones de parentesco no son ya el vínculo principal. La red de amigos/as puede ser el vínculo y apoyo que antes cumplía la familia. `Mi familia son mis amigos'. Y, a menudo, se cambia más de pareja que de amigos.

Hay algunas consecuencias conflictivas de donde procede la vulnerabilidad de estos procesos. Se suceden parejas de más o menos duración y, tras cada separación, la persona tiene que re-identificarse en soledad y después volver a recrearse en identificación con una nueva pareja. Cuando una persona está en pareja, va estableciendo lazos subjetivos, su narcisismo se apoya en lo que el otro es para ella, se redefine en sus afectos según cómo el otro es y lo qué le devuelve de sí misma. Es todo un proceso que antes se hacía una o dos veces en la vida, y ahora bastantes más. Esto produce épocas de desconcierto generador de ansiedad y, a veces, estados depresivos.

El conjunto de conflictos de pareja fue el proceso psicosocial más frecuentemente asociado a trastornos mentales comunes, somatizaciones y dolor en hombres y mujeres jóvenes y a hasta los 44 años (Sara Velasco y cols., 2007). Más adelante, se citan investigaciones sobre factores psicosociales que contribuyen a peores resultados de salud, tanto mortalidad, como enfermedades cardiovasculares, trastornos mentales y otros, en los que se está encontrando que los estados de sufrimiento derivados de los conflictos de pareja y separaciones son de los factores más frecuentes actualmente, tanto en mujeres como en hombres.

Otro problema procede de los períodos más o menos largos de soledad y búsqueda de pareja. A pesar de las dificultades que supone, sigue siendo muy constante el deseo de pareja. Y puede que la soledad sea uno de los factores que más acompaña a situaciones de vulnerabilidad. A la larga, la soledad, la frustración, sentimientos de fracaso por no encontrar pareja o creer no ser capaz de mantenerla, el desistimiento y sentimientos de abandono, son fuentes de vulnerabilidad para las personas en este modelo.

6.3.2. Masculinidades y feminidades contemporáneas. El cuerpo esclavizado

Probablemente el cambio de género más significativo del siglo xxi, es en la feminidad y la masculinidad. El contexto cuestiona las identidades fijas y universales'o Nadie queda definido completamente en una identidad por su país de origen, o por la etnia, o por la clase social, y tampoco por su condición sexual, ni hombre o mujer, ni hetero u homosexual. Sin duda, la caída del orden patriarcal, ha hecho caer las definiciones de lo que es un hombre o una mujer y se han multiplicado las opciones de identidades sexuales. En consecuencia, las identidades sexuales se han pulverizado y partículas elementales de feminidad y masculinidad mezcladas, rocían a mujeres y hombres, dando lugar a posiciones subjetivas de lo más variado. La masculinidad ya no se asocia a los hombres y la feminidad a las mujeres. La masculinidad femenina, aquella de la que son portadoras mujeres, que pueden tener opción hetero u homosexual; o viceversa, la feminidad de hombres, ya sean homo u heterosexuales, y otras combinaciones posibles. Qué es la feminidad y la masculinidad es ahora una incógnita y es claro, en cualquier caso, que son construcciones culturales, que varían según el momento y según cómo lo interpretan sus portadores y portadoras.

Un efecto consecuente determinante de salud es ahora la discriminación y exclusión de las personas en función de su opción sexual subjetiva. Lo cierto es que las personas que se salen de los antiguos cánones, están expuestas a violencia y discriminación de género. Y desde la esfera interna, son más vulnerables; las personas en duelo por la identidad contrariada de género tienen mayor tendencia a la depresión y al suicidio, que las de identidades ortodoxas (Judith Butler, 2006).

El proceso de vulnerabilidad de mayor impacto en el modelo contemporáneo procede del modelo corporal. Una parte del ideal de feminidad se ha focalizado en el cuerpo, en la imagen. Y es donde la dicotomía de género toma forma. Para la feminidad (y no sólo para las mujeres, sino en rasgos de feminidad que pueden portar hombres en posición femenina) el modelo se disocia en un ideal de delgadez extrema, que además es infantilizado, tierno, etéreo, fantástico, que coloca de nuevo a la `fémina' en un lugar objetal, inferior, pasivo, expectante para ser tomada y protegida, como la peor caricatura de la feminidad pasiva tradicional. Y por otro lado, ha de conjugarse con un imaginario de objeto sexual, una imagen seductora, sexy, extravagante, lujosa, de cuerpo fragmentado en sus partes provocadoras, con alarde de todos los fetiches sexuales... (Gabriela Buzzatti y Anna Saltes, 2001) también caricatura declinada de la mujer sexualizada tradicional, objeto de deseo del hombre.

Para alcanzar estas imágenes se requiere un activo consumo de cuidados estéticos, ropas, aderezos y cosméticos. Requiere también dietas y cirugía remodeladora.

Las mujeres se acoplan a uno u otro modelo, o combinación de ambos, según el momento vital, la posición subjetiva y los recursos personales y psíquicos para alienarse o rebelarse.

Estas imágenes están contribuyendo, en una parte, a los trastornos de la imagen y la alimentación (Silvia Tubert, 2001b y 2005) y esclavizando, en mayor o menor medida, a las mujeres que tienen apoyada su realización en la consecución de la imagen de éxito. Las conductas de cambio corporal son de alto riesgo. Entre las mujeres que se han hecho un aumento de mamas, el índice de suicidios es tres veces más alto que en el resto de la población (Loren Lipworth y cols., 2007).

Es protector tener otras vías de realización (trabajo, saber, creación, maternidad...), y las mujeres que las tienen no caen tan fácilmente en el entramado de estas imágenes. En cualquier caso, la insatisfacción con el propio cuerpo confrontado con los modelos es un factor subjetivo de vulnerabilidad.

El ideal de cuerpo masculino, sin embargo, es del lado contrario: fuerte, en acción, magnético, y también siempre seductor, sexy y lujoso. Todo del lado de la potencia tradicional. Seguirlo también conlleva empuje al consumo, a la dieta, a cuidados estéticos, la actividad física y a la cirugía plástica. Y se puede acompañar también de insatisfacción con el propio cuerpo y a trastornos como la vigorexia y estados de ansiedad y depresivos.

6.4. MODELO DE GÉNERO IGUALITARIO: PROTECCIÓN PARA LA SALUD

Es el modelo horizonte tanto de las generaciones adultas como de las más jóvenes, aunque son estas últimas las que van acercándose más, en la medida en que han sido socializadas ya en modelo no tradicional. Se trata de relaciones comprometidas entre los sexos en pie de igualdad social e íntima.

En cuanto a determinantes de género, posiblemente la pareja igualitaria, que puede incluir personas de cualquier sexo y orientación sexual, sea el modelo protector de género, ya que la vulnerabilidad procede, en última instancia, de las relaciones de poder, de las relaciones que objetalizan a uno de ambos y de las contradicciones entre los ideales sociales y los personales.

Por el momento, no podemos identificar factores o procesos de vulnerabilidad de género en este modelo, en cierto modo utópico. Sin embargo, las personas que lo siguieran, podrán seguir estando expuestas a otros factores psicosociales como la soledad, las pérdidas, desarraigo, exclusión social y factores socioeconómicos, nivel de estudios, situación laboral, etnia y cultura de origen, todos ellos factores psicosociales de riesgo para la salud.

6.4.1. Procesos protectores de género

La protección en cuanto al género, se relaciona siempre con la ruptura de posiciones de poder/subordinación y alcanzar posiciones subjetivas igualitarias entre los sexos.

Para las mujeres:

-Alcanzar posiciones subjetivas activas.

-Autonomía e independencia.

-Proyectos y realizaciones propias (empoderamiento individual).

-Sociabilizarse, participando en una red de encuentro en la que se comparta apoyo social (empoderamiento comunitario).

-Ño ser víctima pasiva de las circunstancias y de los modelos sociales.

-Abandonar las sujeciones del modelo tradicional.

-Resolver las sobrecargas compartiendo y conciliando, no apoyando todo el proyecto vital en el cuidado de los otros.

Para los hombres:

-No ser víctima de las circunstancias y de los modelos sociales.

-Abandonar las sujeciones del modelo tradicional.

-Abandonar posiciones subjetivas de propiedad sobre la mujer.

-Abandonar necesidad de demostración ¿e fortaleza (sensibilización individual).

-Acceder a esferas personal y social de encuentro igualitario (empoderamiento comunitario).

-Compartir, conciliar y acceder a la esfera de cuidados y sostén de la vida.

6.5. UTILIDAD DE LOS PATRONES DE DETERMINANTES PSICOSOCIALES DE GÉNERO

Los modelos descritos hasta aquí, son patrones de procesos psicosociales de vulnerabilidad de género (sintetizados en las Tablas 12, 13 y 15), para analizar en cada caso de estudio o abordaje de problemas de salud.

Se pueden aplicar en las siguientes actividades.

6.5.1. Como determinantes del estado de salud

Como se expondrá en el capítulo 8, en el método para aplicar el enfoque de género en programas de salud, cada uno de los procesos de vulnerabilidad sintetizados en las tablas, puede ser revisado para ver si intervienen en el estado de salud de la población. Y debe hacerse siempre cruzándolos con factores de estratificación social.

Prácticamente nunca se puede aislar un proceso psicosocial del efecto en grupo de edad y momento del ciclo vital en el que ocurre, de la clase social, del nivel educativo, situación laboral, estatus migratorio, etnia, por decir los factores más importantes. Si determinan o no la salud, variará según cada uno de esos factores".

Por ejemplo, el rol tradicional para las mujeres se relaciona con el trabajo de ama de casa. En España, entre los 45 y los 65 años, los porcentajes de mujeres que no realizan trabajo remunerado son significativamente altos. Son amas de casa del 50% a casi el 65% de las mujeres en los niveles no universitarios (Lucía Artazcoz y cols., 2001 y 2004). Esta distribución apunta a que son más vulnerables a los procesos del modelo tradicional las mujeres de edad madura y mayores, de clase social más baja y menor nivel de estudios. Esta es la vulnerabilidad selectiva a uno de los procesos de género tradicional que más afecta a la salud de las mujeres - el rol de cuidadora-, causante de deterioro de la salud física y psíquica, asociado a depresión, agotamiento, lumbalgia, ansiedad, tristeza, enfermedades osteoarticulares, dolor crónico y síntomas mal definidos de afecciones frecuentes como cefaleas, dispepsias, astenia, mareos, fibromialgia... (M.a del Mar García-Calvente, 2004; Carmen Mosquera (coord.), 2002; Sara Velasco y cols., 2007).

Sin embargo, no se encuentra casi ningún efecto del rol de cuidadora en mujeres de clase social privilegiada, porque estas últimas tienen recursos para contratar a personas que cumplan la función y, además, se sienten subjetivamente validadas para delegar, porque su ideal permite no desarrollar trabajos de cuidado físico de otros y de sostén de la vida. Esto es debido a los atributos de clase que le otorga el sistema capitalista, del mismo modo que está validado para los hombres la exclusión de esas funciones, aunque para ellos es por los atributos del sistema sujeto/sexo/género. Otro ejemplo de variabilidad social del mismo factor: en determinados países, la cultura familiar conlleva que los hijos e hijas se independicen muy pronto, que las madres y padres no se sientan obligados a implicarse en los problemas de los hijos adultos y también está socialmente más aceptado que en España, que las personas ancianas y dependientes vivan en residencias. En estos países, la carga (social y subjetiva) de rol de cuidados informales sobre las mujeres, es menor.

Si pensamos en la etapa juvenil del ciclo vital, no podemos colocar indiscriminadamente el patrón tradicional de género, porque lo más probable es que la vulnerabilidad psicosocial proceda en mayor medida de procesos de género contemporáneo. Los trastornos de la imagen corporal, afectan sobre todo a las jóvenes, por la exposición al ideal corporal contemporáneo. También, se encuentra que para los mismos procesos de depresión, ansiedad y somatizaciones, en las

personas más jóvenes se asocian a retos en los estudios y en el trabajo (exámenes, oposiciones, cambios de trabajo, acoso laboral...), y conflictos de pareja sobre todo relacionados con falta de compromiso, o relaciones múltiples que entran en conflicto, separaciones. Mientras, en los hombres adultos se relacionan más con conflictos de pareja y problemas y desvalorizaciones en el trabajo, propias del modelo de transición (Sara Velasco y cols., 2007).

Por tanto, se pueden y deben analizar todos los procesos psicosociales de género bajo la óptica de otros factores culturales y socioeconómicos y a lo largo del ciclo vital.

6.5.2. Como productores de estereotipos de género y sesgos en la atención

Los procesos psicosociales de género son la fuente de estereotipos sociales que subyacen en las actuaciones clínicas que desembocan en sesgos de género en la atención.

Pensando en los modelos, podemos identificar estos estereotipos sobre el funcionamiento de hombres y mujeres. Identificarlos y analizarlos permite a sanitarios y sanitarias comprender lo que motiva sus actos y reflexionar para modificar estas actitudes.

Por ejemplo, el estereotipo de que las mujeres se quejan demasiado porque son más débiles afectivamente y probablemente no están realmente enfermas, procede del modelo tradicional de género. Es el estereotipo social que subyace en la tendencia en los servicios sanitarios a dar menos importancia a los síntomas de las mujeres, produciendo sesgos en el esfuerzo diagnóstico.

O no pensar en que una mujer adulta y madre pueda tener una infección de transmisión sexual o de VIH, porque no se puede pensar en que sea sexualmente activa, o haya podido tener relaciones fuera de la pareja, lo cual invisibilizará su vulnerabilidad por aplicación del estereotipo tradicional de mujer asexuada.

6.5.3. Como procesos asociados a la enfermedad en la clínica

También pueden servir como patrones para pensar qué es lo que les ocurre a las personas que se atienden en la clínica. En el capítulo 9, sobre método de atención clínica con enfoque de género, veremos cómo estos patrones nos permitirán incluir los aspectos psicosociales de género en la historia de la o el paciente, abriendo una ventana a los contenidos que el médico o médica ha de tener en mente para escuchar el contexto social y subjetivo, al mismo tiempo que tenga en mente otras características sociales que le permitirán pensar y comprender mejor la realidad de la persona.

6.5.4. Como fuente de indicadores en investigación

Los procesos psicosociales son un instrumento para analizar causas posibles de la enfermedad. Pueden ser explicativos de los componentes de género que modifican el resultado de un factor biológico o socioeconómico. En esta medida, pueden ser fuente de indicadores de género para la investigación.

III. MÉTODOS PARA LA PRÁCTICA DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN PROGRAMAS DE SALUD Y EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Tenemos que preguntarnos por qué la experiencia de vivir con un ingreso bajo, por ejemplo, o de haber estado casado anteriormente, o de tener un empleo de tiempo completo tendría un significado diferente para las mujeres que para los hombres y de qué maneras estas experiencias podrían explicar las diferencias de género en los resultados de salud

PoPAY y cols., 1993 citada en Cita Sen y cols., 2005

La perspectiva de género en salud es un enfoque muy joven y puede que su característica más notable sea su eclecticismo. Se va tomando de cada teoría de salud o disciplina aquello que mejor responde a las necesidades del enfoque. Y estas necesidades son las de observar los fenómenos de salud/enfermedad de forma diferenciada para los sexos y detectar los efectos de las relaciones asimétricas y discriminatorias entre estos. Para ello, cada profesional, cada área de saber, utiliza su marco de conocimientos y los instrumentos de análisis o medida de que dispone. El resultado actual, que hay que reconocer que está en plena construcción, es que la aplicación del enfoque de género se está sirviendo de estos diversos marcos teóricos y desarrollándose simultáneamente desde las diversas disciplinas dentro del ámbito de salud: epidemiología y salud pública, sociología médica, antropología, psicología y biomedicina... Lógicamente en cada área la perspectiva de género se maneja con distintos enfoques.

La opción que tomamos en este libro es precisamente ecléctica. Como todos los enfoques dan valiosos frutos, aunque diversos, se trata aquí de sumar, de tratar de incluir en un enfoque integrado todo lo que puede ser útil para la práctica.

La lógica que lleva a estudiar las desigualdades de género, por ejemplo, y centrase en medidas políticas para la igualdad y la equidad, centra el problema en términos poblacionales y comparativos entre los sexos y esto es así por el marco teórico que utiliza. Es impecable este enfoque. Pero no es el único. Se puede sumar otra lógica que analice por qué se han producido las diferencias y por qué son desigualdades, y se centre en las formas de vida y experiencias vividas por las personas. También es impecable y también depende de los marcos teóricos con que se aborda el problema. No son excluyentes. Sin duda serán profesionales distintos los y las que trabajen un enfoque u otro, ya que no es posible conocer y practicar bien marcos tan distantes, pero debería verse como avance en la cooperación desde distintos sectores del mismo campo de trabajo. Y ser capaces de sumar, de servirse de los saberes de los otros.

En esta tercera parte se propone un acercamiento metodológico para aplicar el enfoque de género en programas, proyectos o intervenciones en salud. Y se ha tratado

de incorporar para ello las categorías de análisis de género de que disponemos en este momento: necesidades de las mujeres, diferencias y desigualdades, morbilidad diferencial femenina y morbilidad diferencial por sexos, sesgos de género en la atención, factores socioeconómicos determinantes, determinantes psicosociales, que proceden de las tres líneas a las que hemos llegado tras el recorrido teórico de la primera parte. No repetiremos en cada apartado la procedencia conceptual de cada categoría que tratemos, sino que avanzamos ya para la práctica sabiendo que cuando hablamos de salud de las mujeres, por ejemplo, está detrás la trayectoria de valores e instrumentos construidos. De igual modo con las categorías de las demás líneas.

Para la práctica en programación, se han tratado de declinar para el género los instrumentos conceptuales de la salud pública, aplicando la perspectiva del ciclo vital, enfoque socialista, ecosocial, biopsicosocial y, desde luego, los enfoque que trabajan en las líneas de aumento de autonomía y empoderamiento de las mujeres y sensibilización de los hombres, que son las que incluyen los valores y principios del enfoque de género. Se extraen de todo ello los criterios a aplicar a la hora de programar.

En el método para la práctica clínica se incorporan los marcos teóricos contextuales sobre salud y enfermedad, el modelo biopsicosocial y los enfoques feministas que proporcionan estrategias transformadoras de actitudes y visiones sobre las relaciones igualitarias entre los sexos.

Capítulo 7

Enfoque de género en salud[1]

1 Este método, con algunas variaciones, ha sido publicado para el Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo, con el título Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud, 2008.

El término `género' se utiliza para describir y analizar las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que sexo se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente (OMS, 2002).

Actualmente el enfoque de género es más complejo que en sus comienzos, cuando se concebía sólo como la igualdad entre hombres y mujeres.

Usar un enfoque de género en salud es tener en cuenta que:

-Las personas son siempre mujer u hombre y puede haber diferencias por sexos en el estado de salud y en la atención en los servicios sanitarios.

-Existe una construcción cultural y social distinta para cada sexo - construcción de género-. En la sociedad existe jerarquía entre los sexos, siendo aún a veces minusvalorado o discriminado lo femenino y existiendo relaciones de poder entre hombres y mujeres. Son las relaciones de género que influyen también en la salud.

-Las posibles diferencias de salud, tanto debidas al sexo, como motivadas por factores y relaciones de género, pueden resultar discriminatorias y ser injustas y evitables (Margaret Whitehead, 1990). Es decir, pueden ser desigualdades e inequidades de género en el estado de salud y en la atención sanitaria.

Los diferentes modelos, roles e identidades de género, producen actitudes y conductas en hombres y mujeres que pueden constituir factores determinantes de vulnerabilidad de género para la salud. Estos factores son particulares para cada sexo y dependen de los distintos modelos de relaciones de género en cada cultura y momento social.

7.1. LÍNEAS DEL ENFOQUE DE GÉNERO

En la práctica actual coexisten tres líneas de enfoque de género, cuya genealogía hemos tratado en la primera parte y que caracterizamos en la Tabla 16 según su fundamento, objetivos, métodos utilizados y productos habituales2.

TABLA 16.-Líneas de enfoque de género en salud

	Salud de las mujeres	Desigualdades de género	Análisis de determinantes de género
Fundamento	Las mujeres tienen problemas específicos que requieren atención específica.	La situación social de los sexos es diferente y discriminatoria y conllevan desigualdad e inequidad.	Las actitudes, vivencias, y formas de vivir, enfermar, consultar y morir están influidas por los determinantes psicosociales de género.
Objetivo	Las mujeres. Atender los problemas de salud propios de las mujeres: reproducción, climaterio… Saber qué les pasa a las mujeres.	Los hombres, las mujeres y la discriminación. Alcanzar la igualdad y equidad entre los sexos. Saber qué es diferente y desigual entre sexos.	Los hombres, las mujeres y sus relaciones. Transformar relaciones de poder-subordinación y posiciones subjetivas de mujeres y hombres. Saber por qué son las diferencias entre sexos.
Método	Identificar necesidades y proporcionar recursos específicos diferenciados para mujeres.	Identificar desigualdades por sexos y visibilizar diferente morbilidad. Tomar medidas socio-políticas-sanitarias para la igualdad y equidad.	Analizar y transformar los determinantes de género sociales (modelos) y psíquicos-subjetivos (roles, actitudes y significados subjetivos).
Productos	Programas de atención a problemas de la mujer.	Investigación y atención a morbilidad diferencial y desigualdades de accesibilidad, atención: sesgos de género, con elección de variables con potencial explicativo de género.	Investigación de determinantes y promoción de modelos de intervención colectiva y clínica para cambiar las actitudes de determinantes de género.

Fuente. Esquema modificado y ampliado de OXFAM International, citado por Carmen de la Cruz, 1998.

7.1.1. LÍNEA DE SALUD DE LAS MUJERES

Se fundamenta en que las mujeres tienen problemas específicos que requieren atención específica. Permite visibilizar sus necesidades por ser mujeres.

Esta línea suele centrarse en los procesos del ciclo vital de los que proceden las necesidades de atención y la morbilidad femenina diferencial (Carme Valls-Llobet, 1991 y 2006) debida a las diferencias biológicas con los hombres. En consecuencia, tiende a visibilizar y atender los procesos de salud-enfermedad relacionados con menstruación, reproducción, maternidad, sexualidad, anticoncepción, climaterio...

Se dirige a las necesidades de las mujeres con la finalidad de proporcionarles mayor autonomía y capacidad de elección. Se materializa en medidas positivas y recursos que no tienen por qué ser paralelamente proporcionadas a los hombres. El producto han sido desde la década de los 70 los Programas de Salud de la Mujer.

Mientras que existan necesidades propias de las mujeres, diferentes a las de los hombres - como atención al parto, o accesibilidad al aborto voluntario, o métodos anticonceptivos, atención a la salud reproductiva, climaterio o atención a los malos

tratos de la pareja, entre otros-, en que las mujeres tienen necesidad de atención específica para promover su salud, autonomía y capacidad de elección, seguirá siendo necesario tomar medidas positivas en la línea de salud de las mujeres.

Ejemplo:

Una acción a programar: organizar la disponibilidad de métodos de anticoncepción de emergencia.

Finalidad: proporcionar a las mujeres mayor autonomía y posibilidades de realizarse libremente.

Objetivos generales: disminuir los abortos voluntarios y los nacimientos de hijos/as no deseados/as y la maternidad impositiva no elegida.

Objetivo específico: disminuir los embarazos no deseados.

Método: programar la disponibilidad y accesibilidad de las mujeres a la píldora postcoital.

Población diana: las mujeres.

Es una intervención en línea de salud de las mujeres porque subyace la intención de atender una necesidad específica de las mujeres, proporcionando recursos para la libre elección de la maternidad y ejercicio libre de la sexualidad separada de la reproducción. De momento, no se cuenta con factores de género que puedan intervenir en el proceso.

7.1.2. Línea de desigualdades de género

Añade a la línea de salud de las mujeres una visión en la que el problema no son sólo sus necesidades específicas, sino la relación jerarquizada entre ambos sexos y discriminatoria de lo femenino.

El problema no son las mujeres, sino las mujeres, los hombres y la discriminación.

Se desarrolla desde los años 90 en España, y parte de que la situación social de mujeres y hombres es diferente y discriminatoria y conlleva desigualdad e inequidad. La finalidad es alcanzar la igualdad y equidad entre los sexos. Los métodos usados son observar y describir la realidad siempre por sexos, identificando las diferencias por sexos; identificando las desigualdades de género, es decir, aquellas diferencias que son innecesarias, injustas, evitables y debidas a condiciones sociales de género (OMS, 2002; Izabella Rohlfs y cols., 2000).

Se trata de identificar las desigualdades en el estado de salud. En primer lugar, la

invisibilidad de la morbilidad diferencial (Carme Valls-Llobet, 2006)3 por sexos, detectando la omisión de la diferente prevalencia y distinta presentación clínica de enfermedades comunes en las mujeres (se produce especialmente en enfermedades autoinmunes, endocrinológicas, músculo-esqueléticas, mentales comunes y dolor crónico). Esto puede generar desigualdades al omitir las necesidades de la morbilidad invisibilizada.

En segundo lugar, identificar sesgos de género en la atención - atención diferente y errónea a cada sexo, con igual sintomatología y diagnóstico y que resulta discriminatoria para un sexo respecto al otro, y que generalmente perjudica a las mujeres-. Puede aparecer en la recepción de las demandas en los servicios sanitarios, en el esfuerzo diagnóstico, en el esfuerzo terapéutico y en la investigación; asimismo, el sesgo de género contribuye a producir desigualdades e inequidad (M.a Teresa Ruiz Cantero, 2001 y 2004).

Tanto la invisibilidad de la morbilidad diferencial como los sesgos de género en la atención son debidos a la influencia de estereotipos de género activos en la sociedad y en el medio sanitario.

Se están incorporando así los estereotipos y discriminación de género como potenciales explicaciones de desigualdades y sesgos por sexos.

En el estudio y la atención a las desigualdades de género no se trata ya sólo de los problemas del ciclo vital o salud sexual y reproductiva, sino que afecta a cualquier problema de salud y al sistema de atención. Se asocia cada vez más al de otras variables determinantes de salud, entre otras posibles, a edad, clase social, situación laboral, nivel educativo, etnia, estatus migratorio, orientación sexual, que forman un poderoso sistema de interrelaciones. Por ejemplo, siempre la pobreza se suma para empeorar los resultados de salud en ambos sexos, pero mucho más acentuado en las mujeres (Carme Borrell y cols., 2004; Maica Rodríguez-Sanz y cols., 2005; Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública., 2007; Anna Altés y cols., 2007).

Ejemplo:

> El infarto agudo de miocardio (IAM) es más frecuente en hombres a todas las edades4. Pero la letalidad (muerte entre los casos diagnosticados) es el doble en las mujeres (a los 28 días del IAM, 24% en mujeres y 10% en hombres (Carmen Mosquera, 2002); al año, 26% en mujeres y 14% en hombres) (MSC y SEC, 2007).
>
> ¿Esta diferencia es debida al sexo biológico? Si hubiera una causa biológica, como las hormonas femeninas, por ejemplo, que explicara esta mayor letalidad, podríamos decir que sólo es una diferencia por sexos. No se ha encontrado una causalidad biológica que explique suficientemente el hecho. Sin embargo, se ha encontrado que la forma de presentación clínica del IAM en las mujeres es distinta a la de los

hombres y es poco conocida y tenida en cuenta, tanto por la población como por sanitarios y sanitarias (MSC, 2007b). Es un aspecto de la morbilidad diferencial, la presentación de enfermedades comunes de forma diferente en ambos sexos y que tiende a permanecer invisible (Carme, Valls-Llobet, 1991). Esto es debido, en parte, a la insuficiente presencia de mujeres en los ensayos clínicos (entre el 20% y el 30%). Se trata de un sesgo de género en la investigación que ha estudiado la enfermedad sólo bajo el patrón masculino.

Por otra parte, influye en la infravaloración de la sintomatología cardíaca en las mujeres el estereotipo de genero que considera que esta enfermedad es de hombres y que las quejas y dolores de las mujeres son malestares menos graves (Carmen Mosquera y cols., 2002; Misterio de Sanidad y Consumo, 2007a). Todo esto puede estar contribuyendo a posibles retrasos en el diagnóstico, infradiagnóstico e incluso diagnósticos erróneos en los IAM de las mujeres. También se ha encontrado que se realiza menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico en las mujeres (MSC, 2007b). Es decir, se está produciendo un sesgo de género en la atención, que conduce a inequidad en la atención.

Además, se ha evidenciado una demora en recibir tratamiento, porque las mujeres llegan un promedio de una hora más tarde que los hombres a los servicios sanitarios (Carmen Mosquera y cols., 2002), lo cual es determinante para la supervivencia tras un IAM. Así, finalmente vemos que la mayor letalidad es una desigualdad de género (injusta, evitable y debida a factores sociales de género, no al sexo), a la que están contribuyendo la invisibilidad de la morbilidad diferencial por sexos, el sesgo de género en la investigación, el sesgo de genero en la atención y la inequidad de genero en la prestación de servicios, todo ello influido por los estereotipos sociales de género.

Por todo ello, para reducir la mayor letalidad en las mujeres, y tras aplicar el enfoque de género en el análisis del problema, habría que promover estrategias de cambio de los factores de género detectados.

7.1.3. Línea de análisis de determinantes de género

Partiendo de que la salud/enfermedad es un proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida, se incorpora al enfoque de género el estudio de las actitudes, vivencias y formas de enfermar, consultar y morir que están influidas por los factores psicosociales en general y, entre ellos, los determinantes psicosociales de género (Sara Velasco, 2006; Gita Sen, Piroska Ostlin y Asha George, 2007). Estos últimos son los modelos y roles sociales de género, construidos por cada sociedad - lo social-, y las vivencias subjetivas debidas a las identidades masculina y femenina, influidas por los ideales de feminidad y

masculinidad - lo psíquico - (Mabel Burin e Irene Meler, 1998; M.a Asunción González de Chávez, 1999; Gloria Bonder, 2006).

Así, en esta tercera línea del enfoque de género, que progresa en España a partir del año 2000, el objetivo se centra en los hombres, las mujeres y sus relaciones. Se trata ahora de comprender por qué se han producido las diferencias y las desigualdades.

El objeto de estudio e intervención son los modelos sociales de género, que se reproducen a través de los roles de género y los contenidos de las identidades masculina y femenina. Son determinantes psicosociales para la salud.

Estamos en el ámbito de los factores psicosociales de riesgo. Pueden definirse como factores de riesgo diferenciales (Isabella Rohlfs y cols., 2004; Carme Valls-Llobet, 2006), aquellos que deberían prevenirse o abordarse de forma diferente en mujeres y hombres. Y además, en la vulnerabilidad de género (Mabel Burin, 2006), aquellos factores que afectan a uno u otro sexo debido a procesos determinantes psicosociales procedentes de los modelos de género.

Puede utilizarse para analizar cualquier proceso de salud y la intervención sobre los determinantes de género encontrados tiene como objetivo transformar las relaciones de género de poder-subordinación y las posiciones subjetivas de mujeres y hombres. Necesariamente se trata de transformar en los modelos sociales de género.

El análisis de determinantes psicosociales debe cruzarse con las variables sociales de alto impacto sobre el estado de salud y la atención sanitaria: al menos edad, clase social, situación laboral, nivel educativo, etnia, estatus migratorio, orientación sexual.

Los productos esperables son investigación sobre determinantes psicosociales y promoción de modelos de intervención colectiva socio-sanitaria pensados para modificar las condiciones y modelos sociales de género, y métodos clínicos para modificar actitudes y posiciones subjetivas que mantienen las personas.

Ejemplo:

> Siguiendo con el ejemplo anterior sobre el infarto agudo de miocardio (MM) analizamos el mayor tiempo de llegada de las mujeres al hospital (Carmen Mosquera y cols., 2002; OSM, 2007a). Además de que las mujeres están influidas por el estereotipo de que el infarto es una enfermedad masculina - factor social de género-, por lo que pueden no interpretar sus propios síntomas como cardíacos, interviene un factor psicosocial: por el rol tradicional de género, «las mujeres se preocupan en primer lugar de cuidar de la salud de su familia y en último de la suya propia» (Leane Lefler y cols., 2004, citada en OSM, 2007a) factor psicosocial de género-, atendiendo primero esas tareas de cuidado, resistiendo los síntomas, y decidiéndose a acudir más tarde al hospital.

> Para mejorar este indicador disminuyendo la letalidad en las mujeres, habría que intervenir para cambiar el estereotipo social de género sobre el IAM que lo interpreta como enfermedad sólo masculina, y además, habría que tender a modificar las actitudes de las mujeres sujetas al rol tradicional de género. Serían intervenciones sociosanitarias sobre determinantes de género, tanto comunitarias, como en la clínica.

Segundo ejemplo:

Intervención encaminada a disminuir los embarazos no deseados, citado anteriormente en el apartado 7.1.1., sobre línea de salud de las mujeres. Si añadiéramos un enfoque de análisis de determinantes de género, tendríamos que analizar las actitudes de mujeres y hombres a la hora de mantener relaciones sexuales con o sin protección y si estas actitudes están motivadas por la sujeción a roles de género tradicional o contemporáneo.

La dificultad de una mujer para decir que no a una práctica de riesgo por temor a perder al hombre, o por no querer proponer el uso del preservativo para no ser tomada por una cualquiera; o bien, por parte de él, la necesidad de una sexualidad demostrativa de fortaleza que impide el uso del preservativo, o usar a la mujer como objeto de satisfacción sin tenerla en cuenta. Estos son ejemplos de factores psicosociales determinados por el rol tradicional de género (Sara Velasco, 1999 y 2002).

> En cuanto al factor psicosocial de género sobre las identidades femenina y masculina (Asunción González de Chávez, 1998), también se puede analizar si interviene en los embarazos no deseados. Por ejemplo, entre otros factores, si la mujer intenta responder al ideal de feminidad, como si esta quedara definida por la realización de la maternidad, sus actos se verán impulsados por un deseo no consciente de ser madre. A menudo, hay momentos del ciclo vital en que una mujer trata de validarse como tal siendo madre, aunque la realidad no sea favorable, comete fallos en el control de la anticoncepción que proceden de este deseo o impulso subjetivo. Esto explica, a veces, los embarazos en cierto modo compulsivos, que acaban en abortos voluntarios de repetición (Sara Velasco, 1995). Este factor es de género, porque está socialmente construido un ideal de feminidad que no se realiza sino a través de la maternidad. Con un cambio de género, una mujer ideal no sería menos mujer si no fuera madre.

Identificar los factores psicosociales degenero, ya sean debidos a roles degenero como a los ideales de las identidades masculina y femenina, que sostienen actitudes personales de riesgo, permite programar objetivos y métodos para cambiar esos condicionantes, influyendo así en los determinantes

de género para la salud.

7.2. ENFOQUE INTEGRADO DE GÉNERO EN SALUD

En el momento actual, lo idóneo es incorporar los valores y las categorías utilizadas en las tres líneas descritas en los apartados anteriores: línea de salud de las mujeres, línea de desigualdades de género y línea de análisis de determinantes de género.

Es un enfoque integrado que trate de abordar el problema desde todos los aspectos de los que en este momento disponemos: necesidades específicas de salud de las mujeres y hombres, morbilidad diferencial, atención a las desigualdades e inequidades de género y análisis de los factores determinantes psicosociales de género.

En síntesis las categorías instrumentales para un análisis integrado de género son las de la Tabla 17.

TAB LA 17.-Categorías para el análisis integrado de género en salud

Salud de las mujeres	— Diferencias por sexos en el estado de salud y en la atención sanitaria. — Necesidades específicas de las mujeres / Necesidades específicas de los hombres — Necesidades en procesos del ciclo vital para cada sexo — Morbilidad diferencial por sexos
Desigualdades de género	— Desigualdades de género en el estado de salud — Sesgos de género en la atención — Desigualdades e inequidad de género en el sistema sanitario.

TABLA 17 (cont.). - Categorías para el análisis integrado de género en salud

Análisis de determinantes de género	— Análisis de factores de riesgo diferenciales y procesos determinantes biopsicosociales de género: • modelos sociales y roles de género: – tradicional, – transición, – contemporáneo, – igualitario. • Contenidos e ideales de identidades masculina y femenina,

7.3. PRINCIPIOS Y VALORES

Los principios y valores que orientan el enfoque integrado de género en salud proceden de las aspiraciones de sus corrientes componentes enunciadas arriba: la aspiración a la satisfacción de las necesidades de las mujeres, a la igualdad y equidad entre mujeres y hombres y a unas relaciones de género no jerárquicas y sin riesgo, positivas y autónomas para mujeres y hombres.

Basados en ellas, se plantean los siguientes principios.

7.3.1. Igualdad y equidad de género

La Declaración Madrid 2001, declaración de principios de OMS para avanzar hacia la equidad de género dice:

> Para conseguir los más altos niveles de salud, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen diferentes necesidades, obstáculos y oportunidades (Declaración de Madrid, OMS, 2001).

Disminuir las desigualdades en el estado de salud y promover la equidad en la atención, proporcionando con equidad los recursos diagnósticos y terapéuticos adecuados a las necesidades de hombres y mujeres.

Trabajar para disminuir las desigualdades sociales de género, que son un factor de vulnerabilidad para la salud y que en la sociedad contemporánea sigue colocando en desventaja a las mujeres'.

7.3.2. Modelo biopsicosocial

Alcanzar una visión integral de la salud, que tenga en cuenta tanto los factores determinantes de la biología, como los determinantes sociales, como los de la esfera subjetiva o psicológica. La concepción de la salud que mejor responde a las necesidades del enfoque de género, es, por tanto, el modelo biopsicosocial (George Engel, 1977 y 1980).

Prestar atención a los factores biológicos y visibilizar la morbilidad diferencial. Prestar atención a los determinantes sociales que vulneran la salud de hombres y mujeres6. Entre los determinantes sociales están los determinantes de genero, debidos a modelos y estereotipos sociales y roles de género causantes de vulnerabilidad y riesgo para la salud'.

Por último, prestar atención a los factores determinantes subjetivos, debidos a las actitudes y comportamientos individuales relacionados con las identidades femenina y masculina, componente subjetivo de la construcción de género (Gita Sen, Piroska Ostlin y Asha George, 2007).

7.3.3. Principios estratégicos

- Visibilidad de las mujeres como sujetos, sus necesidades y su morbilidad diferencial. Históricamente se ha invisibilizado a las mujeres bajo el patrón masculino.

- Autonomía y empoderamiento

Las situaciones deysubordinación, dependencia y falta de control sobre la propia vida, son las de mayor vulnerabilidad.

• Evitar la medicalización

La patologización de la vida y la medicalización de los procesos vitales de las mujeres han sido formas de adaptación y usurpación del control sobre sus propias vidas.

• Trasformación sociocultural

Los modelos y estereotipos sociales de género contribuyen a mantener a mujeres y hombres en relaciones de poder/subordinación y de desigualdad causantes de la vulnerabilidad.

• Transformación de actitudes

Los determinantes de género se perpetúan en los roles y actitudes personales siendo un plano individual que también hay que transformar.

• Interacción con otros factores de estrat cación social como edad, clase social, situación laboral, nivel educativo, etnia, estatus migratorio, orientación sexual.

Los determinantes sociales y psicosociales de género son diferentes según las condiciones sociales y lleva a discriminaciones no tenerlas en cuenta.

• Participación

Para trabajar sobre necesidades y realizar transformaciones en el contexto social y en el personal es necesario contar con la participación.

Capítulo 8

La aplicación del enfoque integrado de género en programas de salud

¿Cómo aplicar el enfoque de género en un programa o proyecto de intervención en salud? ¿En función de qué criterios se puede decir que un programa está aplicando el enfoque de género? ¿Cómo operativizar los conceptos y categorías de análisis de las que se ha tratado en el capítulo anterior? Tratamos a continuación de concretar criterios para aplicar en cada paso de la programación y que puedan ser útiles para responder a las anteriores preguntas.

Se sintetizan en la Tabla 18, y se van explicando brevemente a continuación, con ejemplos prácticos y planteando preguntas clave que permitan verificar si se están aplicando los criterios.

TABLA 18.-Criterios para aplicar el enfoque de género en programas de salud

Caracterización del problema
— Descripción por sexos. — Identificar diferencias por sexos. — Identificar morbilidad diferencial por sexos. — Identificar necesidades específicas de mujeres y hombres. — Identificar desigualdades de género en el estado de salud. — Identificar variabilidad en la atención por sexo de pacientes y sanitarios/as. — Identificar sesgos, desigualdades e inequidades en la atención.
Análisis de procesos determinantes de género
— Identificar procesos determinantes psicosociales de género. — Analizar la relación de los estereotipos y determinantes psicosociales de género (según modelos de género tradicional, de transición, contemporáneo…) sobre el problema de salud. — Analizar diferencias por sexos en la influencia de distintos procesos psicosociales de género sobre la misma enfermedad. — Analizar vulnerabilidad diferencial por sexos para el mismo factor psicosocial. — Analizar la correlación entre los procesos determinantes de género y su distribución por edad, clase social, situación laboral, nivel educativo, etnia, estatus migratorio, orientación sexual…

Elección o prioridad del problema
— Relevancia para las mujeres y para los hombres. — Sensibilidad a múltiples categorías de análisis de género. — Vulnerabilidad a los determinantes de género.
Definición de objetivos
— Cubrir necesidades específicas de hombres y mujeres. — Reducir discriminación, desigualdades e inequidades. — Influir en el cambio de determinantes psicosociales de género. — Potenciar cambios favorables de la estructura social de género. — Potenciar la participación de la población.
Métodos de intervención
— Visibilizar a las mujeres como sujetos en el problema. — Proporcionar recursos para la equidad. — Incluir métodos para modificar los determinantes de género (las circunstancias sociales de género y actitudes personales de género). — Incluir estrategias para activación subjetiva de las mujeres y ruptura de posiciones de subordinación (empoderamiento). — Potenciar efectos de cambio social de género favorables. — Programar la participación de usuarias/os.
Análisis previo de impacto de género
— Analizar la corrección de desigualdades e inequidades. — Analizar efectos sobre la estructura y modelos sociales de género. — Analizar los impactos potenciales de género según edad, clase social, situación laboral, nivel educativo, etnia, estatus migratorio, orientación sexual.
Evaluación
— Evaluación de proceso, resultados e impacto con grado de aplicación de criterios de género. Evaluar que: — Produzca cambios en las relaciones de género, balance positivo de género, que contribuyan a la equidad y mayores oportunidades para las mujeres. — Impacten en las políticas para crear un medio ambiente y recursos favorables a la equidad de género. — Acercamiento innovador y reproducible. — Con perspectiva de ciclo vital. — Sostenibilidad. — Alcance significativo. — Proceso participativo. — Colaboración inter-agentes. — Que sugiera futuras acciones.

8.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

8.1.1. Descripción por sexos

Paso previo imprescindible para aplicar algún enfoque de género es contar con datos desagregados por sexos. La unidad mínima de sujeto observado no es la persona, sino hombre o mujer.

Actualmente, la información socio-sanitaria no siempre está desagregada por sexos y esto es una limitación que hay que tender a resolver. Generar esta desagregación, si no existe, puede ser la primera acción a programar.

Preguntas clave:

¿Están disponibles los datos desagregados por sexos?

¿Se puede generar esta desagregación?

8.1.2. Ident~ficar diferencias por sexos

Caracterizar todas las diferencias por sexos que se puedan evidenciar. El sexo es una variable para caracterizar el problema, que no se ha de confundir con diferencias de género. El género será después la categoría (no variable) que permitirá explicar las diferencias encontradas por sexos.

Preguntas clave:

¿Son diferentes por sexos la incidencia, prevalencia, mortalidad, letalidad?

Ejemplo:

> La prevalencia-año de cualquier trastorno mental en España es 8,48, siendo el doble en mujeres (11,44 en mujeres y 5,25 en hombres). Los trastornos del estado del ánimo, 11,47% en población general, son también más del doble en mujeres (15,85% en mujeres, 6,71% en hombres) (MSC, Estrategia de Salud Mental, 2007). La ansiedad es también el doble en mujeres. Sin embargo la esquizofrenia más severa es algo más frecuente en hombres, aunque en los grupos de edad más jóvenes el riesgo es mayor en hombres y a partir de los 40 años el riesgo es superior en mujeres. El consumo excesivo de alcohol es un 2,4% en población (4,3% en hombres y 0,5% en mujeres) (MSC, 2005). En los trastornos de la alimentación, la prevalencia de la anorexia nerviosa es de 1-3% en población general y el 90% de los casos son mujeres.

Una exhaustiva caracterización del problema, siempre por la variable sexo, permitirá buscar causas, analizar el significado de estas diferencias y las potenciales explicaciones de género.

8.1.3. Ident car necesidades espec cas de mujeres y hombres

Reconocer que la unidad mínima no es la persona, sino un hombre o una mujer, supone visibilizar que pueden tener formas de enfermar propias de las que derivan necesidades específicas sin que queden ocultas bajo un patrón unificado para ambos sexos, que habitualmente ha resultado ser el patrón masculino.

• Morbilidad diferencial por sexo

Identificar necesidades dé atención derivadas de la morbilidad diferencial femenina

o masculina. Pueden ser distintas enfermedades debidas a las diferencias biológicas del aparato reproductor o caracteres sexuales secundarios.

Preguntas clave:

¿Son enfermedades o procesos que aparecen sólo en las mujeres? ¿Y sólo en los hombres?

¿Se deben a las diferencias biológicas entre ambos sexos?

¿Las enfermedades o procesos que sólo padecen las mujeres, o bien los hombres, generan necesidades específicas de atención?

Ejemplo:

El cdncer de mama es una enfermedad casi exclusiva de las mujeres. Es una diferencia debida a la biología y no es una diferencia injusta y evitable, aunque desconocemos por ahora, si su creciente frecuencia tiene algo que ver con formas de vida de las mujeres en nuestra cultura. De momento, visibilizar esta diferencia y aspecto de morbilidad diferencial femenina permite identificar necesidades específicas de las mujeres, auque estas no son debidas a factores de género, es decir, aunque no se trate de desigualdades injustas y evitables. Por ejemplo, mayor esfuerzo de detección precoz, atención a los aspectos psicosociales del impacto del diagnóstico y el tratamiento, atención al impacto sobre la autoestima y reconstrucción de la imagen corporal, etc.

El cáncer de próstata afecta a los hombres. Es otra diferencia por sexos para valorar necesidades.

También puede tratarse de distinta vulnerabilidad biológica por sexos a los mismos factores ambientales y tóxicos.

Preguntas clave:

¿Existen factores que afecten o dañen más a las mujeres? ¿Y a los hombres?

¿Se sabe qué factores biológicos las hacen más vulnerables? ¿Y a los hombres?

¿Se sabe si en determinado proceso de salud con mayor prevalencia en las mujeres, influyen factores biológicos propios de ellas? ¿Y en los hombres?

¿Estas diferencias producen necesidades de atención distintas?

Ejemplo:

Las mujeres son más vulnerables a los productos químicos ambientales. Biológicamente el organismo de las mujeres, aunque se exponga en igualdad de condiciones que los hombres, es más

vulnerable por diferencias biológicas de absorción, metabolismo y excreción de tóxicos solubles en las grasas (Carme Valls-Llobet, 2006; Cita Sen, Piroska Ostlin y Asha George, 2007). Esto produce una morbilidad diferencial por sexos. Determinadas enfermedades endocrinas o la fibromialgia, puede tener un componente de esta mayor sensibilidad femenina a los tóxicos ambientales (Carme Valls-Llobet, 2006); o la emergente lipodistrofia semicircular, asociada al trabajo en «edificios inteligentes», casi exclusiva de mujeres.

Se deducen necesidades específicas de atención, visibilizar esta morbilidad, desarrollar instrumentos clínicos sensibles a esta especificidad, o medidas socio-sanitarias de control de los riesgos específicos.

• Morbilidad, procesos o necesidades asociadas al ciclo vital

Identificar si el problema de salud está relacionado con los procesos propios de un momento del ciclo vital, ya sea de las mujeres o de los hombres. Se trata de evitar la medicalización y patologización de procesos vitales, por el contrario, abordar y atender las necesidades durante esos procesos para conservar la salud y la calidad de vida.

Las necesidades de los sexos son diferentes en cada momento del ciclo vital. Así, adolescencia, juventud y adultez sexualmente activa, maternidad/paternidad, madurez y menopausia... requieren enfoque diferencial de procesos y necesidades.

Preguntas clave:

¿El proceso de salud-enfermedad es debido al momento del ciclo vital?

¿Varía el proceso de salud a lo largo de las etapas del ciclo vital?

¿Qué necesitan las mujeres o los hombres para resolver con salud, autonomía y calidad de vida un proceso determinado del ciclo vital?

Ejemplo:

El embarazo, parto y puerperio, son procesos del ciclo vital de las mujeres. Pueden ser fuente de malestar y enfermedad o pueden ser vivencias ricas para el crecimiento personal. La atención socio-sanitaria a estos procesos debe contemplar las necesidades para que el resultado sea saludable y aumente la calidad de vida de las mujeres e hijos/as. Los procesos depresivos en las mujeres pueden estar asociados a las exigencias de este momento del ciclo vital y desaparecer más adelante. Paralelamente, el proceso de paternidad, también del ciclo vital de los hombres, requiere atenciones específicas y diferentes a las de las mujeres. Son diferentes necesidades ligadas inicialmente al sexo y no al género. Aunque más adelante veremos

que se puede hacer también un análisis de factores determinantes de género que los condicionan.

8.1.4. Ident~ficar desigualdades de género en el estado de salud

Las diferencias encontradas por sexos pueden también deberse a circunstancias sociales discriminatorias para uno u otro sexo - como situaciones discriminatorias para las mujeres en el trabajo, en el reparto del trabajo fuera y dentro de casa; en los roles de género desempeñados por hombres y mujeres (los tradicionales, por ejemplo, que imponen a las mujeres la reclusión en el espacio doméstico, con el aislamiento y dependencia que conlleva; o para los hombres, la demostración de logro y fortaleza con el empuje a los riesgos)-. Son factores sociales de vulnerabilidad de género. Si existen este tipo de factores discriminatorios por sexos, que son situaciones injustas y evitables, las diferencias encontradas serán desigualdades de género en el estado de salud.

Preguntas clave:

¿Las diferencias en la forma de enfermar encontradas por sexos, son de género?

¿Son debidas a situación de desventaja, discriminación o de poder de uno de los sexos sobre otro?

¿Se deben a la forma de vida y a los papeles de género de hombre o mujer?

Ejemplo:

> Los trastornos mentales comunes - depresión, ansiedad y somatizaciones-, son el doble de frecuentes en mujeres que en hombres, como se ha caracterizado antes. Ello no parece debido a factores biológicos ligados al sexo, que aunque puedan existir, no justifican el resultado. Por el contrario, influyen procesos psicosociales relacionados, en parte, con el papel de género tradicional, que expone a las mujeres a mayores tensiones (el cuidado, aislamiento, dependencia, situaciones de subordinación, falta de proyecto y tiempo propios...) al tiempo que les resta capacidad de acción y autonomía para modificar su entorno estresante, además de la exposición a violencia de género ...(OMS, 2001). Y, en parte, debidos a los modelos de transición de género, por acumulación de roles antiguos y nuevos, con la consecuente sobrecarga psicosocial.
>
> Esta diferencia es injusta y evitable ya que se produce por la sobrecarga psicosocial de género de las mujeres que podría evitarse cambiado las posiciones subordinadas y de sobrecarga - produciendo cambios de género-. Es una desigualdad en la forma de enfermar causada por factores psicosociales de vulnerabilidad de género.

Ejemplo:

> La salud percibida es siempre peor para las mujeres a todas las edades a partir de los 16 años y en todos los estratos sociales (Izabella Rolhfs, 2000; Carme Borrell y Joan Benach (coords.), 2005). No existe justificación biológica para ello, se debe a las condiciones sociales de género en que viven las mujeres y a la percepción y manifestación de sus padecimientos, lo cual está mediatizado por la forma en que están socializadas. Es innecesario, injusto y evitable y desaparecería si se cambiaran esas sujeciones de género, luego es una desigualdad de género en el estado de salud.

8.1.5. Sesgos, desigualdades e inequidades de género en la atención sanitaria

• variabilidad en la demanda a los servicios sanitarios

Identificar si los hombres y mujeres consultan de forma diferente por el mismo problema en los distintos escalones de los servicios sanitarios. Y si estas diferencias son debidas a actitudes de las mujeres o de los hombres relacionadas con los modelos de comportamiento de género.

Ejemplo:

> Se sabe que las mujeres acuden más a los servicios de atención primaria y los hombres más a los servicios hospitalarios. Ello es debido, en parte, a actitudes y valoración de las quejas, síntomas y gravedad. Se debe a la socialización que legítima la tendencia de las mujeres a quejarse y pedir ayuda y, sin embargo, no es propia de los hombres la aparente debilidad hasta que no hay enfermedad grave evidente.

Preguntas clave:

¿Están consultando las mujeres y los hombres con la misma frecuencia por el mismo motivo?

¿Presentan sus quejas y síntomas de diferente manera?

¿Consultan el mismo tipo de queja sobre el problema?

¿Lo hacen en el mismo momento de gravedad?

¿Las diferencias en la demanda tienen que ver con modelos y roles de género?

• variabilidad en la atención por sexo de pacientes y sanitarios/as

Del mismo modo, identificar si se aprecian diferencias por sexos en la forma en que sanitarios y sanitarias atienden a los y las pacientes, tanto en el esfuerzo

diagnóstico como el terapéutico.

Identificar si se realizan distintos diagnósticos, a igualdad de síntomas, debidos a estigmatización o desvalorización de uno de los sexos. Todo ello es sesgo de género en la atención (M.a Teresa Ruiz Cantero, 2001).

Ejemplo:

> En las enfermedades cardiovasculares se ha demostrado que se realiza un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico con las mujeres (MSC, 2007a; OSM y SEC, 2007). Son sesgos diagnósticos y terapéuticos de género. Probablemente se deben a estereotipos de género subyacentes que minusvaloran la veracidad y gravedad de las quejas de las mujeres (Débora Tajer y cols., 2003).

Ejemplo:

> Las mujeres padecen anemia ferropénica con mucha mayor frecuencia que los hombres. El hecho se invisibiliza mediante un cambio en el parámetro de normalidad en la analítica, informalmente establecido, descendiendo los valores normales para las mujeres a valores que, sin embargo, son sintomáticos para ellas (fatiga, dolor y cortejo sintomático de la anemia). Se invisibiliza así un factor de morbilidad diferencial, sesgando el diagnóstico (Carme, Valls-Llobet, 2006). El estereotipo ac tivo debe ser el mismo que el anterior, minusvaloración de la queja de las mujeres, minimizar sus dolores y síntomas.

Sugerir estereotipos sociales de género

Tratar de identificar qué estereotipos de género son los que subyacen en agentes de salud y en usuarios/as y que motivan las actitudes que desembocan en sesgos diagnósticos y terapéuticos.

Sondear especialmente los posibles estereotipos de carácter desvalorizador de las quejas o de la gravedad de las mujeres, así como de las oportunidades de cambio o curación de uno u otro sexo.

Ejemplo:

> Ante el síntoma de fatiga se encuentra que las mujeres se quejan más de fatiga que los varones, sin embargo, tienen muchas más posibilidades de resultar diagnosticadas de depresión que ellos, que son más frecuentemente diagnosticados de síndrome de fatiga crónica o no diagnosticados de patología (Rebeca Furher y cols., 1995) y, a continuación, es sabido que ante igualdad de síntomas anímicos, se tiende a prescribir psicofármacos con mucha más frecuencia a las

mujeres (Nuria Romo y cols., 2006) medicalizando más la vida de las mujeres. Se interpreta este sesgo de género en el diagnóstico como una manifestación de estereotipos de género que da más credibilidad a la queja masculina, y menos crédito a las quejas somáticas femeninas, tendiendo a diagnosticar a los hombres (y a los profesionales de clases sociales privilegiadas) de un síndrome de apariencia fisiopatológica, mejor valorado socialmente, o no considerarlos enfermos y, sin embargo, impone un diagnóstico psicopatológico - estigmatizado socialmente - con más facilidad a las mujeres (y a trabajadores/ as y clases sociales desfavorecidas).

Identificar si los sesgos de género sospechados o encontrados están generando inequidades, no proporcionando los mismos servicios o la misma calidad según el sexo.

Asimismo, se podrá identificar si la inequidad está contribuyendo a generar desigualdades en los resultados de salud.

Preguntas clave:

¿Se realiza el mismo esfuerzo diagnóstico con pacientes de ambos sexos?

¿Se realiza el mismo esfuerzo terapéutico con pacientes de ambos sexos?

¿Se tiende a dar distintos diagnósticos a ambos sexos, a igualdad de síntomas?

¿Las diferencias son debidas a estereotipos de género que invisibilizan o minusvaloran lo que les ocurre a las mujeres?

¿Se aprecian resultados de salud desiguales para ambos sexos debidos a diferente atención?

¿Cómo se relacionan cada hecho con otras variables como edad, clase social, situación laboral, nivel educativo, etnia, estatus migratorio, orientación sexual?

8.2. ANÁLISIS DE PROCESOS DETERMINANTES DE GÉNERO

A continuación, se trata de identificar y analizar los procesos psicosociales determinantes de género que influyen en la forma de enfermar de hombres y mujeres. Hablamos ahora de la vulnerabilidad debida primariamente a factores de género (Gita Sen, Piroska Ostlin y Asha George, 2007). Pueden ser propios sólo de las mujeres, o sólo de los hombres, se trata ahora de condicionantes de los modos de vida de cada sexo. Puede tratarse de hábitos, modelos de conductas, roles, ideales, identidades sexuales, actitudes y formas de relación entre los sexos.

También se deben identificar procesos psicosociales protectores.

8.2.1. Analizar determinantes psicosociales de género (según modelos de género tradicional, de transición, contemporáneo...) sobre el problema de salud

Los determinantes se estructuran según:

• Los modelos sociales de género

Entre otros posibles, los modelos tradicional, en transición, contemporáneo, o igualitario, se reproducen a través de estereotipos y representaciones sociales sobre cómo son los hombres o las mujeres y actúan para producir discriminación y vulnerabilidad en el ámbito del trabajo, en el ámbito educativo, sanitario o cualquier área del contexto social.

Ejemplo:

Que las mujeres estén segregadas en el trabajo, y se tienda a situarlas en tareas parecidas a las tareas domésticas, procede del modelo de género tradicional que se basa en la división sexual del trabajo y la reclusión de las mujeres en el espacio doméstico.

O que la valoración social del trabajo de una mujer sea menor que la de un hombre y sea peor pagado, procede del modelo en que las mujeres son incapaces y que su trabajo, en todo caso, es complementario al del hombre, ya que el sostenedor de la familia es él, por definición. Estos son factores sociales que desvalorizan, discriminan y tienen potenciales efectos de vulnerabilidad sobre la salud.

• Los roles de género y las identidades masculina y femenina

A nivel individual, se tratará de analizar las actitudes y comportamientos de las personas que determinan su exposición a riesgos biopsicosociales y que se deben a estar sujetas a roles de género y valores socialmente construidos de identidades femeninas o masculinas.

Ejemplo:

El empuje al riesgo y accidentes o el mayor consumo de tóxicos por los varones, por el modelo de masculinidad tradicional basado en la demostración de fortaleza; o la depresión y dolores músculo-esqueléticos sin causa orgánica, asociados en muchos casos a la pasividad, aislamiento y falta de autonomía de las mujeres, basada en el rol subordinado tradicional (Sara Velasco y cols., 2007).

Ejemplo:

El cáncer de pulmón presenta una fuerte diferencia de incidencia por sexos,

es mayor en hombres. La causa de esta diferencia puede ser debida a condiciones biológicas del sexo en muy pequeña proporción. Se sabe, sin embargo, que la mayor prevalencia de consumo de tabaco en hombres es el factor biológico de riesgo principal que explica la diferencia por sexos.

> ¿Se puede decir que esta diferencia es también de género? ¿Y hay un factor determinante de género? Si analizamos por qué fuman los hombres y por qué fuman más que las mujeres, vemos que los hombres socializados en un modelo de género tradicional, se han movido en el espacio público en el que el consumo de tabaco, junto con el alcohol, ha sido un acompañante de las relaciones entre hombres y de la toma de decisiones; un signo de masculinidad, casi un atributo asociable al poder. Ha sido un signo de los valores tradicionales de la masculinidad (Benno Keizjer, 2006). Por ello han fumado y más que las mujeres, para las que sin embargo, el tabaco estaba proscrito en los signos de feminidad tradicional y no se usaba en el espacio doméstico. Estos son factores determinantes de género que sustentan el hábito de fumar en unos y no en otras; por eso la diferencia en prevalencia de tabaquismo también es una diferencia de género; y es una desigualdad de género porque es evitable e injusta.

Actualmente, la disminución de fumadores coincide, entre otros factores, con la transición a modelos de masculinidad que ya no valorizan este hábito, sino que empiezan a incorporar el cuidado del cuerpo, además de no estar ya tan vigente la necesidad de signos de poder social. Por los mismos cambios en el modelo social de género, aumentan las fumadoras. Las mujeres empiezan a fumar más, sobre todo a mayor edad y clase social privilegiada, debido a la incorporación al ámbito público y a la asunción de signos de independencia y poder que eran privativos de los hombres. Este análisis de determinantes de género, permite identificar los modelos que potencian las actitudes y conductas de las personas, para diseñar medidas preventivas sensibles a ello.

La investigación sobre este tema está aún poco desarrollada, por lo que es necesario generar las incógnitas y exploración de estos determinantes. Aun así, existe ya un cuerpo de factores investigados en los Estudios de Género que se completan con los procesos que se han analizado en el Capítulo 6 (véase Tablas 12, 13 y 15 en dicho capítulo, se trata de listados orientativos de procesos psicosociales de vulnerabilidad según el modelo tradicional, en transición y contemporáneo).

"Estos procesos pueden servir para explorar los determinantes psicosociales que se trata de analizar y pueden ser fuente de indicadores para investigación. Y permitirán tener una base para saber sobre qué modos de vida se plantea actuar, promoviendo transformación social mediante mensajes y acciones.

Preguntas clave:

¿Qué procesos psicosociales predisponen o favorecen la forma de enfermar o el problema de salud concreto?

¿Influyen estereotipos procedentes de modelos sociales de género?

¿Influyen en el problema de salud los roles de género?

¿Influyen las actitudes de los hombres o de las mujeres por valores de las identidades masculina o femenina?

¿Son procesos procedentes del modelo tradicional de género? ¿Y del modelo de transición? ¿Y del modelo contemporáneo?

¿Se pueden cambiar los procesos sociales de vulnerabilidad de género?

¿Este cambio contribuiría a mejorar el problema de salud de cada sexo?

8.2.2. Analizar diferencias por sexos en la influencia de distintos procesos psicosociales para la misma enfermedad

Se trata aquí de analizar cómo afectan a cada sexo los distintos procesos psicosociales.

¿ Quéproceso psicosocial determina la enfermedad? Puede ser que el mismo trastorno o enfermedad, esté asociado a distinto proceso psicosocial de género en cada sexo.

Ejemplo:

> El infarto agudo de miocardio. Podemos ver ahora otra categoría del análisis de género sobre este problema que ya se ha ejemplificado anteriormente. Ahora, tratando de analizar qué factores psicosociales de género determinantes se asocian a la aparición de un IAM en mujeres. Si el estereotipo de la enfermedad coronaria apunta a una enfermedad masculina, asociada a profesionales, a la competitividad por el éxito y el estrés laboral, no es este el perfil psicosocial de las mujeres con MM. En un estudio realizado por Débora Tajer (2004) en mujeres de 35 a 55 años con cardiopatía isquémica, internadas por episodio coronario agudo (infarto de miocardio o angina inestable), y de clases sociales baja, media y alta, se encontró que las mujeres de clase media baja-baja son mujeres que responden a patrones tradicionales de género, «no son exitosas, no trabajan fuera del hogar en tareas competitivas (...) pero están sobre-exigidas por un ascenso social de clase (son inmigradas del campo al medio urbano) y de género (pasar de familia extensa y precaria en su generación anterior, a familia nuclear con mayor educación para sus hijos, en su medio

> actual) (...) y este ascenso social esperado tiene dificultades ya que, en este grupo de mujeres había gran proporción de maridos desempleados lo cual les planteaba sentimientos de decepción por estar en pareja con maridos `venidos a menos'. (...) frustrando su ideal que se apoya en los logros del marido.»
>
> Las mujeres afectadas, de clase social media alta y alta, muestran un perfil de género en transición. «No estaban en pareja actualmente, salvo una, todas eran sostenedoras del hogar solas. (...) En algunos casos han ganado o ganan más que el marido. También percibidas como `supermujeres' con valores de hiperproductividad, exigencia y polifuncionalidad (...) la soledad actúa como facilitador de sobrecarga. (...) Ubican como desencadenante del episodio coronario agudo el estar inmersas en un ritmo de vida muy acelerado con dificultad para articular áreas, no sólo por la cantidad de tareas, sino por personalidad perfeccionista y omnipotente».

«Cuando las mujeres de ambos grupos sociales refieren situaciones específicas de exigencia o traumáticas que tendrían relación con el acontecimiento mórbido, sólo dos le dan mas peso a situaciones laborales y la mayoría lo asocia a situaciones relativas a la conyugalidad, enfermedad grave o situaciones en la relación madre-hija, sean ellas como hijas o como madres» (Débora Tajer, 2004). Son áreas relacionadas con la construcción de realizaciones de género a través de las relaciones, los afectos y la maternidad.

Ejemplo:

> Estar y sentirse obligadas a cuidar es un imperativo del rol de género tradicional, incorporado además como ideal de feminidad («mujer buena»). Soportar la sobrecarga física y afectiva del cuidado es un factor determinante de género de primer orden para las alteraciones mentales comunes (dolor y somatizaciones de prevalencia creciente entre las mujeres (Mabel Burin y cols., 1991; OMS, 2001; Sara Velasco y cols., 2007). Sin embargo, a los hombres los procesos que les enferman de los mismos cuadros son distintos. Los factores psicosociales de género asociados en los hombres son los conflictos de pareja (asociados a pérdidas del rol dominante, abandono de la mujer...), los duelos y los conflictos en el trabajo, en los que la vulnerabilidad procede del menoscabo de los valores de la masculinidad tradicional.

8.2.3. Analizar vulnerabilidad diferencial por sexos para el mismo factor psicosocial

Hombres y mujeres pueden tener distinta vulnerabilidad al mismo factore psicosocial, debido también a determinantes de género. Es debido a que los modelos y roles de género condicionan un impacto y significado distinto de las mismas

experiencias.

¿Qué vulnerabilidad tiene cada sexo al mismo factor psicosocial, por distinto significado de género?

Ejemplo:

Tener 2 o más hijos pequeños es un factor de riesgo para la salud de las mujeres, sin embargo, no lo es para los hombres. Esto es debido a la diferencia en las cargas y el significado de la maternidad y la paternidad. Debido al mantenimiento del modelo tradicional, se descarga sobre las mujeres la responsabilidad del cuidado y la responsabilidad del resultado de la crianza de hijos e hijas. Esto conlleva tanto sobre-esfuerzo físico y emocional, como la muy delicada amenaza de sentimiento de culpa si a los niños o niñas les pasa algo o su educación no resulta bien (M.a Asunción González de Chávez, 1998). Estas cargas y significado no recaen sobre los hombres social e internamente sujetos a modelo tradicional, ya que al estar exentos del cuidado y siendo su paternidad nominal y social, les permite inhibirse del cuidado y sus consecuencias. Por la misma construcción de género, el significado de los hijos en el ideal de masculinidad y feminidad es también distinto; si bien para las mujeres, los hijos formarían parte de su integridad, para los hombres no llegan a un significado tan interno. En consecuencia, lo que les ocurre a los hijos/as no tiene el mismo impacto en la salud. Estos factores pueden explicar determinados impactos en la salud y diferentes por sexos. Así, las madres y padres que pierden un hijo/a muestran un incremento de un 40% las posibilidades de morir en los 18 años siguientes a la muerte del hijo o hija, posibilidades que se multiplican por 4 en los 3 años siguientes, y estas posibilidades son mucho mayores (Jiong Li y cols., 2003) en las madres que en los padres.

O el muy conocido hecho de que el matrimonio es un factor de riesgo de salud para las mujeres, mientras que es un factor protector para los hombres (Sara Arber, 1991; Carmen Valls-Llobet, 1990). Y es debido a las funciones y roles de género tradicionales y de transición, que determinan que los hombres reciban en el matrimonio apoyo logístico y afectivo, reconocimiento social, cuidados y potencie sus posibilidades de trabajar y proyectarse socialmente, todos ellos procesos protectores de salud, mientras que las mujeres no reciben la misma devolución amorosa y de cuidados, es una fuente de sobrecarga y un obstáculo para trabajar y para su proyección social.

8.2.4. Analizar la correlación entre los procesos determinantes de género y su distribución por edad, clase social, situación laboral, nivel educativo, etnia, estatus migratorio, orientación sexual

Siempre, simultáneamente es necesario hacer el análisis de la interacción de los

determinantes de género con variables sociales.

Por una parte, los determinantes de género pueden explicar diferencias de resultados de salud por clase social o nivel educativo.

Ejemplo:

> El consumo de tabaco se está incrementando en el grupo de mujeres de clase social privilegiada (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). En el grupo de edad de 45 a 64, el porcentaje de mujeres fumadoras pasó del 10% en 1993 al 19% en 2003, además de que en este grupo de edad, la prevalencia de grandes fumadoras se dobló, pasó de 3,7% a 7,4% (Ministerio de sanidad y Consumo, 2005). Se puede explicar por los determinantes de género contemporáneos, ya que las mujeres responden a la trasgresión del modelo de feminidad tradicional y acceso a esferas públicas y de poder y fumar es un signo asociado a esos ámbitos. Es un efecto de género asociado a la clase social.

Ejemplo:

> La depresión es más prevalente en mujeres y lo es más en clases sociales más desfavorecidas. Las mujeres de estas clases sociales y menor nivel educativo (Malca Rodríguez-Sanz, Paloma Carrillo, Carme Borrell, 2005) viven sobre todo bajo determinantes de género tradicional - pasividad, dependencia económica y afectiva, ausencia de proyecto propio, trabajo de ama de casa, cuidado sin recursos económicos para delegar estas funciones y cargas-, son potentes determinantes de depresión.

Sistemáticamente, cuando los factores socioeconómicos son desfavorables profundizan las desigualdades desfavorables para las mujeres (Izabella Rohlfs y cols., 2004).

Ejemplo:

> «Las mujeres andaluzas declaran peor salud percibida, peor salud mental y mayor frecuentación para visitas médicas que los hombres en las Encuestas Andaluzas de Salud (EAS) de 1999 y 2003. Respecto a variables socio-estructurales, los hombres ocupan mejores posiciones sociales en nivel de estudios, trabajo remunerado y clase social ocupacional.
>
> «Más de la mitad de las mujeres se identificaron como amas de casa, mientras que no se encontró ningún varón en esta categoría en ESA-1999 y sólo 3 en ESA2003. En cuanto a los roles reproductivos, las mujeres se encargan en mayor medida del trabajo doméstico y del cuidado informal. Ellas viven solas en mayor porcentaje y perciben

con mayor frecuencia un apoyo social deficiente» (Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, 2007).

Para ambos sexos, el apoyo social deficiente se asocia a peor salud, pero es en las mujeres de clase social menos privilegiada donde este efecto es de mayor magnitud (Maica Rodríguez-Sanz y cols., 2005), debido al efecto del rol tradicional entre ellas.

Preguntas clave:

¿Qué procesos psicosociales predisponen o favorecen la forma de enfermar o el problema de salud concreto?

¿A las mujeres y los hombres les afectan procesos distintos para enfermar?

¿Existe un mismo factor psicosocial que afecta más a mujeres que a hombres? ¿Y más a hombres que a mujeres?

¿Cómo se comportan los factores encontrados según las variables como edad, clase social, situación laboral, nivel educativo, etnia, estatus migratorio, orientación sexual?

8.3. ELECCIÓN O PRIORIDAD DEL PROBLEMA

Si es posible elegir el problema o es necesario priorizar entre distintos procesos de salud-enfermedad para destinar recursos e intervenciones, o valorar la pertinencia de introducir el enfoque de género, serán útiles los siguientes criterios.

8.3.1. Relevancia del problema para las mujeres y los hombres

En función de la magnitud y gravedad la relevancia puede ser diferente para cada uno de los sexos, lo que puede ser relevante para las mujeres, puede no serlo para los hombres.

Preguntas clave:

¿El problema de salud es grave o de gran magnitud para las mujeres?

¿Y para los hombres?

Ejemplo:

Proceso de salud como el síndrome funcional fibromialgia. La prevalencia estimada oscila entre el 2-3% en población general en España y es el 20% de los diagnósticos en las consultas de reumatología. Tiene una relevancia muy diferente para ambos sexos; hasta el 84% de los casos son mujeres. Es un ejemplo de la

importancia de la morbilidad diferencial. Su gravedad estriba en que merma mucho la calidad de vida de las mujeres que la padecen para las que llega a ser incapacitante y no se conocen terapias curativas. La relevancia es mucho mayor para las mujeres y mínima para los hombres. Priorizar intervención en este problema es priorizar un problema de salud de importancia selectiva para las mujeres.

8.3.2. Sensibilidad a múltiples categorías de análisis de género

Un problema de salud puede ser sensible al análisis de unos aspectos de género y no de otros, es decir, pueden evidenciarse distintos grados de sensibilidad a las categorías para realizar análisis de género que se han sintetizado en la Tabla 17. Puede estar sujeto a uno, varios o ningún aspecto analizable de género. Cuantos más aspectos estén implicados en el problema, mayor sensibilidad tendrá al enfoque de género y más efectos y efectividad tendrá usar este enfoque.

Preguntas clave:

¿Qué características de la enfermedad o proceso de salud muestra problemática de género?

¿Hay diferencias por sexos? ¿Hay desigualdades? ¿Hay morbilidad diferencial? ¿Hay sesgos de género en la atención?

¿Influyen roles o modelos de género en la enfermedad?

Ejemplo:

El cáncer de colon muestra pequeñas diferencias de prevalencia por sexos, no se encuentran sesgos de género apreciables en la atención y no parece que existan desigualdades e inequidades de género apreciables. Un análisis de determinantes psicosociales, tampoco encuentra factores de género que puedan influir en el curso de la enfermedad, más allá de ciertos factores relacionados con la dieta. Aunque el análisis de género debe hacerse siempre, y su estudio no está tan avanzado como para asegurar que no se encuentren aspectos de género relevantes que no se conozcan aún, este proceso de salud sería de baja sensibilidad al enfoque de género.

Ejemplo:

Por el contrario, la depresión presenta gran diferencia por sexos con prevalencia doble en mujeres y se producen sesgos de género en la atención, tanto por diferentes diagnósticos entre hombres y mujeres con igualdad de síntomas, como sobre-diagnóstico de depresión en mujeres en detrimento de algunas enfermedades orgánicas posibles, así como de patologización de procesos psicosociales que no necesariamente son una depresión. Además se da sobre-prescripción

de psicofármacos en mujeres. Todo ello lleva a desigualdad de género en la calidad de los servicios e inequidad. Por último, la depresión está fuertemente determinada por procesos psicosociales de género.

Por todo ello, la sensibilidad de la depresión al enfoque de género es muy alta.

8.3.3. Vulnerabilidad del problema a los condicionantes de género

El haber hecho previamente una aproximación a los factores bio-psico-sociales que intervienen en la enfermedad permite valorar si el proceso de salud puede ser vulnerable a intervenciones sobre los determinantes de género.

Ejemplo:

> Seguimos con el ejemplo de la fibromialgia. Ciertas evidencias de mayor vulnerabilidad diferencial biológica a los tóxicos apuntan que intervenciones que visibilicen esta especificidad tendrían efectos. Hay también evidencia de que las formas de vida de las mujeres contemporáneas están influyendo en esta forma de enfermar. La transición en los roles de género, con acumulación de cargas físicas y afectivas (doble jornada, cuidado y trabajo...) y de transición de ideales de feminidad focalizados en el modelo ideal contemporáneo sobre el cuerpo (Mari Luz Esteban, 2004; Sara Velasco, 2005c), son factores psicosociales de género que intervienen en la producción y mantenimiento de la fibromialgia (M.a Asunción González de Chávez, 2002). Luego este proceso es potencialmente vulnerable a intervenciones sobre determinantes de género.

Preguntas clave:

¿Es viable actuar sobre desigualdades, actitudes y modelos de género que determinan el problema?

¿Reducir las desigualdades mejorará los resultados de salud?

¿Los posibles cambios en actitudes de género mejorarían sustancialmente la vulnerabilidad de las personas al problema?

8.4. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

Incluir objetivos relacionados con las categorías del enfoque de género:

-Cubrir necesidades específicas de mujeres y hombres.

-Identificar desigualdades y sesgos de género.

-Reducir discriminación, desigualdades e inequidades.

-Influir en el cambio de determinantes psicosociales de género.

-Potenciar cambios favorables de la estructura social de género.

-Potenciar la participación de la población, respondiendo al valor de búsqueda de la autonomía y empoderamiento.

8.5. MÉTODOS DE INTERVENCIÓN

En las características de los métodos de intervención se han de poner de manifiesto los principios y valores para intervenir con enfoque de género. Estos valores proceden de dos ascendientes conceptuales: el movimiento de salud de las mujeres y el enfoque biopsicosocial de la salud.

El primero, conlleva los valores procedentes del movimiento de Salud de las Mujeres, que han de subyacer en las acciones son:

-Empoderamiento de las mujeres.

-Sensibilización de los hombres.

-Autonomía y autoresponsabilidad de las personas.

-Evitar la patologización y la medicalización de la vida.

El segundo, es el modelo biopsicosociaP cuyos principios que pueden concernir a acciones de salud pública son:

-Incluir en el proceso salud/enfermedad la biología, la biografía, el contexto social y la subjetividad.

-Promover la responsabilidad y participación comunitaria.

Además, los modelos y métodos de intervención con enfoque de género deberán estructurarse, para ser capaces de resolver las desigualdades e inequidades; impactar y modificar los modelos sociales y actitudes determinantes de género.

Para aplicar estos principios, se deberían aplicar los criterios siguientes.

8.5.1. Visibilizar a las mujeres como sujetos del problema

A menudo se visibiliza e interviene sobre aspectos en los que las mujeres son agentes transmisoras de información y cuidados o vectores transmisores de enfermedad, pero no como sujetos de la enfermedad misma.

Ejemplo:

> Cuando se programan acciones preventivas para la infección por el VIH/sida, y se hace sólo para la transmisión vertical, en la que la mujer es un vector y el sujeto de la enfermedad y la intervención es el hijo o hija. O se propone a las mujeres como agentes de información sobre prevención para sus hijos e hijas; o sobre las mujeres trabajadoras del sexo, sólo como vectores de transmisión a los hombres. O sólo como cuidadoras de un enfermo de sida, su hijo o su pareja. En todos estos casos se está omitiendo a la propia mujer como sujeto de la vulnerabilidad y de la enfermedad (Sara Velasco, 1999).

8.5.2. Proporcionar recursos para la equidad

Identificadas las causas de las desigualdades que pueden ser corregidas, se trata de proporcionar los recursos correspondientes. Esto implica, en la mayor parte de los casos, una cooperación intersectorial, ya que buena parte de las causas de desigualdades en salud se relacionan con recursos sociales, educativos...

En el caso de tratarse de inequidades en los servicios sanitarios, es necesario promover cambios de gestión o la calidad de la atención y proporcionar selectivamente recursos con criterios de equidad de género.

Por ejemplo:

> Se sabe que los problemas de salud como depresión, ansiedad, somatizaciones y dolor, en mujeres en edad madura, están, en una parte, determinados por uno de los procesos psicosociales de vulnerabilidad de género: este es el ser cuidadoras de personas dependientes. Este es un factor de desigualdad de género porque afecta a las mujeres casi en exclusiva debido al rol de género tradicional. Este rol está socialmente perpetuado siempre que no se tomen medidas para repartir esta carga y poner los medios para que las mujeres no sigan desempañando este trabajo oculto de cuidados informales. Actuar para corregir esta desigualdad, es tomar medidas para que se disponga de recursos que socialicen los cuidados informales, liberando a las mujeres de esta carga de vulnerabilidad.

En el caso de las mujeres que siguieran desempeñando este trabajo, tomar medidas para favorecer que lo compartan, que se haga visibles y que se remunere, para evitar que suponga un trabajo invisible que deteriora y que descapitaliza los recursos de las mujeres, al verse obligadas a regalar su tiempo de trabajo durante años2, impidiéndoles obtener los beneficios y prestaciones sociales que tendrían con un trabajo público y remunerado, como el que realizan los hombres.

Ejemplo:

En el caso de procesos de salud en los que está comprobado un sesgo de

género en la atención que destina menos esfuerzos diagnósticos y terapéuticos a las mujeres, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares, tomar medidas para la equidad, sería promover reflexión y formación entre sanitarios y sanitarias, sobre los estereotipos de género que motivan imperceptiblemente sus actos sesgados, para conseguir que se realicen los mismo esfuerzos con las mujeres.

Preguntas clave:

¿El método programado tiene en cuenta si las mujeres son sujetos de la enfermedad, y no sólo cuidadoras o vectores?

¿Se tiene en cuenta si son necesarios recursos específicos para corregir desigualdades y mejorara la equidad?

¿En la programación comunitaria, se cuenta con temas sobre los aspectos psicosociales y de género que intervienen en el problema?

¿Se tiene en cuenta si los mensajes que se transmiten contienen modelos de género?

¿Se tiene en cuenta si los mensajes de género que se transmiten tienen potencial de cambios favorables de género?

¿Las estrategias dan un lugar activo y participativo a las personas? ¿Y a las mujeres?

¿Se cuenta con espacio, tiempo y oportunidad para escuchar y desplegar los factores psicosociales?

¿Se cuenta con métodos y mensajes para influir en el cambio de actitudes de género de mujeres y hombres?

¿Se programa formación reflexiva de profesionales para corregir los sesgos de género en la atención?

¿Se programan las formas de participación?

8.5.3. Incluir métodos para mod car los determinantes de género

En intervenciones dirigidas a grupos sociales, se deberá pensar en el contexto social, los condicionantes psicosociales y subjetivos que determinan la enfermedad y disponer mensajes que:

-Potencien modelos igualitarios de género alternativos al modelo tradicional.

-Potencien la modificación de las actitudes personales de género enfermantes.

Estas intervenciones deberán pensarse en coordinación con otros sectores como servicios sociales y educación.

8.5.4. Incluir en los métodos estrategias para la activación subjetiva de las mujeres y ruptura de posiciones de subordinación (empoderamiento)

Una de las situaciones más problemáticas de género, de la que proceden parte de la discriminación y desigualdades en la actualidad, es la sujeción al modelo tradicional que mantiene a las mujeres en posiciones de pasividad y subordinación y sin autonomía.

Por esto sigue siendo oportuna la estrategia de empoderamiento de las mujeres (ONU, 1999; Gita Sen, Piroska Ostlin y Asha George, 2007).

Se recomiendan tácticas de:

-Devolución de la palabra a las mujeres.

-Aumento de la capacidad de decisión, el control y la autoestima de las mujeres.

-Proporcionar cauces de participación.

S.S.S.Potenciar efectos de cambio social de género favorables

Se trata de que se produzcan cambios en la forma de relación entre mujeres y hombres que avancen hacia balance más igualitario. Si se realizan acciones o se proponen mensajes alternativos, que estos se encaminen a cambiar la subordinación de las mujeres y su sujeción a roles tradicionales, y que las potencien (empoderen) para ser más activas, autónomas e independientes. Y si se dirigen a los hombres, que estos abandonen posiciones de poder y privilegio y se sensibilicen a relaciones en pie de igualdad.

Por ejemplo:

Se realizan grupos de apoyo para mujeres cuidadoras. Esta medida, en principio parece proporcionar un recurso para un proceso de vulnerabilidad de género de las mujeres e iría destinado a mejorar su salud. Pero puede ocurrir que lo que se haga en esos grupos sea enseñar a las mujeres a cuidar mejor, potenciar que se sientan las mejores cuidadoras, priorizar el objetivo de que las personas a las que cuidan tengan los mejores cuidados. Esta acción tendría un balance de género negativo, porque estaría contribuyendo a fijar a las mujeres en el rol de cuidadora, sin repartir esta función y sin que ellas encuentren otra forma de realizarse que no sea en función de los demás, sin tener un proyecto propio, y que sigan regalando su tiempo de trabajo generando pobreza personal para en el presente y para el futuro. Potencia la continuidad del balance tradicional de género. Para que este balance fuera positivo, sería necesario que el objetivo del grupo de cuidadoras se dirigiera a ellas como sujetos del

problema, a lo que a ellas les ocurre al dedicarse al cuidado, a apoyar su bienestar y en qué medida se pueden emancipar de este rol.

8.5.6. Prever la participación de usuarios/as

Promover siempre la sociabilidad, tendiendo a que las personas actúen en la sociedad, no siendo objetos pasivos de lo social y hacia el empoderamiento comunitario.

8.6. ANÁLISIS PREVIO DE IMPACTO DE GÉNERO

El análisis de efectos potenciales sobre la estructura social de género, sobre modelos y roles y sobre las actitudes de género de las personas, ha de hacerse previamente (Fundación Mujeres, 2005).

8.6.1. Analizar efectos potenciales sobre la estructura social de género

Se refiere a la estructura que asigna posiciones diferentes a cada sexo, de los cuales proceden las discriminaciones. Se habrá de buscar influencia sobre un balance positivo de esta estructura, es decir, que tienda a equilibrar las posiciones en cuanto al poder, la presencia social, las posibilidades de intervención en la sociedad misma. Y si las medidas que se toman tienden a perpetuar o no el modelo de género tradicional, perpetuando a las mujeres en situaciones de subordinación o exclusión de la vida pública y reforzando el poder de los hombres, o bien, tienden a equilibrar esas posiciones (ONU, 1999; Fundación Mujeres, 2005).

Ejemplo:

> Si se proporcionan recursos destinados específicamente a las mujeres para que continúen siendo cuidadoras de hijos/as y personas dependientes, se tiende a dejarlas fijadas y perpetuarlas en esas funciones asignadas por el rol de género que es un factor psicosocial de alto riesgo de salud (Soledad Murillo, 2007; MSC, 2007a). Se está perpetuando la estructura social de género. Del mismo modo, en la atención individual a mujeres, si se envían mensajes de que se adapten y continúen incuestionablemente sus funciones tradicionales, se produce el mismo efecto de perpetuar las actitudes de género de riesgo. Por el contrario, si las acciones y mensajes tienden a facilitar y validar cambios que aumenten su autonomía, el balance de género será positivo.

8.6.2. Analizar potencial corrección de desigualdades e inequidades

Del mismo modo se analizará si las acciones y recursos tienden a corregir desigualdades, o bien, las profundizan.

Ejemplo:

> Parece ser que existe un sobrediagnóstico de depresión, ansiedad y somatizaciones en mujeres, por un sesgo de genero en la atención debido al estereotipo de considera a las mujeres `mentalmente alteradas', con mayor facilidad que a los hombres. Este sesgo es uno de los factores que deviene en la alta prescripción de psicofármacos en las mujeres. Si las medidas que se toman son promover mayor esfuerzo diagnóstico de depresión para tratar más con psicofármacos, el impacto de género será negativo, porque profundizará el sesgo, aumentará la medicalización del malestar psicosocial, patologizándolo y cronificándolo y aumentará más el consumo de fármacos.
>
> Por el contrario, si se promueven extensión de psicoterapias y métodos de atención biopsicosocial, y grupos de resocialización de mujeres, alternativos a las medicalización, se disminuirán los diagnósticos y se tenderá al aumento de autonomía y bienestar de las mujeres, y puede que se minore el sesgo inmovilista y desvalorizador de las mujeres, todo lo cual son impactos positivo de género.

8.6.3. Analizar los impactos potenciales de género según edad, clase social, situación laboral, nivel educativo, etnia, estatus migratorio, orientación sexual

Una vez más, los impactos pueden ser muy diferentes para las personas y grupos según las demás variables de situación socioeconómica y cultural.

Preguntas clave:

¿En qué sentido influyen las acciones programadas sobre los modelos sociales de género?

¿Perpetúan a las mujeres en situaciones de subordinación y exclusión?

¿Y a los hombres en posiciones dominantes o necesitando demostrar fortaleza?

¿Favorecen las acciones y métodos que las mujeres accedan a mayor autonomía, funciones sociales y acceso al trabajo?

¿Favorecen las acciones y métodos que los hombres accedan a tareas de la vida cotidiana y funciones tradicionalmente asignadas a las mujeres?

8.7. EVALUACIÓN

Para que la evaluación de los programas permita valorar si se ha incorporado el enfoque de género, se deberá realizar evaluación de proceso, resultados e impacto (Avedis Donadebian, 1989), comprobando en qué medida se ha podido aplicar cada uno de los criterios hasta aquí propuestos.

Para valorar si las acciones han tenido efectos de género positivos, siguiendo los criterios acordados por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1999, sobre buenas prácticas de género, se trata de evaluar si estas acciones se han basado en los principios y valores de género, si han producido cambios sociales favorables y si las acciones son sostenibles y sugieren o potencian mejores intervenciones en el futuro. Los criterios de ONU (1999) son3:

-Que la experiencia conduzca a un cambio que contribuya a la equidad de género o abra nuevas áreas no tradicionales para las mujeres. Debe incluirse la conexión de la buena práctica con una medida visible de cambio en las relaciones de género, balance de género u oportunidades para las mujeres.

-Que tenga impacto en las políticas del médio para facilitar la creación de un medio favorable a la equidad de género. Esto puede incluir impacto en la legislación, regulación ambiental o en la asignación de recursos. Debería incluir el grado de institucionalización de la buena práctica.

-Que demuestre un acercamiento innovador y reproducible. Esto implica la capacidad para demostrar novedad u originalidad en la iniciativa - ya sea el producto o el proceso-, y que ofrezca oportunidades de que la iniciativa sea reproducida en otros países o contextos.

-Demostrar sosten ibiliaad. En este contexto, los patrocinadores e instituciones participantes en la iniciativa (instituciones del gobierno, de la academia, ONG, etcétera) es preciso que sean componentes de la buena práctica.

Es especialmente interesante en buenas prácticas que:

-Emerjan de un proceso participativo, implicando una gama de agentes (sociedad civil, sector privado, gobierno, etc.).

-Tenga un alcance sign cativo.

-Implique colaboración inter-agentes.

-Aborde la discriminación y desigualdad desde al perspectiva de ciclo vital.

-Demuestre al Gobierno futuras acciones y recursos.

8.8. ESTRATEGIA DEL LENGUAJE

Utilizar un leguaje que visibilice a las mujeres y no queden ocultas bajo el genérico masculino, es una estrategia para avanzar hacia la igualdad entre hombres y mujeres.

Utilizar recursos lingüísticos para nombrar igualitariamente a las mujeres y los hombres, evitando un lenguaje androcéntrico o sexista.

Las palabras generan en quien las escucha o lee representaciones mentales y representaciones sociales. Si las palabras son siempre en masculino, las mujeres tienden ano estar presentes en las representaciones.

«Discurso androcéntrico es aquel que por sistema no nombra a las mujeres» y «discurso sexista es el que presenta una imagen descalificadora o desvalorizadora de las mujeres o de lo que las mujeres hacen» (Aitana Garí, 2006). Se trata de evitar un lenguaje androcéntrico o sexista para favorece el cambio de representaciones sociales hacia la igualdad y la equidad.

> Las nuevas formas de uso se extenderán a futuras generaciones expresando nuevas realidades sociales que se reflejarán en su discurso y que serán, a su vez, una manifestación de cambio socio-cultural (Aitana Garí, 2006).

Capítulo 9

Método para práctica clínica con enfoque de género

Lo fundamental para poder aplicar el enfoque en la práctica clínica es mantener una mirada de género. Es aquella capaz de visibilizar que la persona que tenemos delante es un hombre o es una mujer, siendo con seguridad diferente según el sexo. Pero además, ser capaz de ver que su modo de vida, sobre qué y cómo consulta y los factores que pueden estar contribuyendo a su enfermedad, pueden estar condicionados por los roles y vivencias de género. Uno de los componentes de esta práctica es pues, incluir los procesos de género como determinantes de salud/enfermedad e intervenir para cambiarlos a nivel individual. Así, una parte del trabajo clínico se dirige a producir cambios subjetivos - de actitudes-, de la o el paciente. Por ello, el modelo clínico ha de ser biopsicosocial, ya que los proceso de género son psicosociales y es dentro de este modelo en el que se puede plantear un cambio de actitudes.

El segundo componente de esta práctica es una clínica no sesgada. Para ello hace falta que el sanitario o sanitaria mantenga auto-observación y una mirada analítica sobre lo que le pasa en el encuentro con los y las pacientes, que nunca son neutrales, ya que siempre son mujeres u hombres, de una clase social u otra, con un nivel educativo determinando, de una etnia o con un estatus migratorio determinado, entre otras características. Cada una de esas condiciones puede levantar en el profesional actitudes estereotipadas que sean el motor imperceptible de las actuaciones clínicas. Cuando estas actitudes se deben a las condiciones de sexo y género del paciente, son los sesgos de género, una de las fuentes de inequidad en la atención. Por ello, este es el segundo aspecto a tratar para la clínica: reflexiones sobre los estereotipos sociales de género de los que pueden participar los y las profesionales, detectar los sesgos y controlarlos.

El modelo de atención y estrategias que se plantean a continuación se encuadran en el marco conceptual biopsicosocial, incluyendo la subjetivación y el género, análisis que se ha desarrollado en la segunda parte.

Los principios y valores que deben subyacer en esta práctica son los mismos que se han planteado para el enfoque integrado de género en salud en el Capítulo 7.

En fa siguiente Tabla 19 se sintetizan los componentes necesarios para una práctica clínica que contenga enfoque de género.

TABLA 19.-Componentes del enfoque de genero en la prdctica clínica

Objetivos
1. Intervenir en los procesos determinantes de género. 2. Realizar clínica de calidad y equidad evitando los sesgos de género.
Estrategias de género en la atención
— Trasformación personal y transformación sociocultural de género. — Reconocer los roles e identidades de género como parte del proceso de salud/enfermedad. — Búsqueda de autonomía y autorresponsabilidad. Promover la sociabilidad. — Empoderamiento de las mujeres. Sensibilización de género de los hombres. — Redistribución del poder en el vínculo asistencial. — Paciente como sujeto. Expresión y participación del/la paciente. — Evitar la patologización y medicalización. — Introducir en la práctica la interacción de factores de estratificación social.
Modelo de atención
— Modelo biopsicosocial: • Atención centrada en el o la paciente. • Escucha biopsicosocial. Atención no sesgada a lo orgánico. • Identificar e influir en el cambio de los determinantes de género: – Cambio de circunstancias sociales. – Cambios personales y de actitudes. — Método de subjetivación de lo psicosocial: • Localizar hechos biográficos y/o acontecimientos vitales significativos. • Señalar la localización y reflejar la posición subjetiva. • Causar efectos de sujeto: cambio de posición subjetiva y actitudes. — Relación sanitario/a-paciente significativa: clínica del encuentro. — Grupos de re-socialización de mujeres.
Reflexión sobre sesgos de género y estereotipos
— Clínica no sesgada: • Reflexión sobre sesgos teórico, tecnológico-biomédico, sesgos de género y subjetivos. • Reflexión analítica sobre representaciones sociales, estereotipos y actitudes en la práctica clínica. — Método de reflexión: análisis biopsicosocial de casos.
Capacitación sobre género y salud
— Acercamiento a marcos teóricos compatibles con el enfoque de género: • Salud integral y modelo biopsicosocial. • Teoría de la subjetividad. • Conceptos de género y sus efectos sobre la salud. — Conocimientos en patologías prevalentes más sensibles al género: • Porque están muy condicionadas por determinantes de género: actuar mejora la eficiencia. • Proclives a sesgos de género: corregirlos obtiene mayor gradiente de equidad: – Salud mental. Dolor crónico. Enfer. cardiovasculares. Enfer. endocrino y autoinmunes. – Embarazo, parto, postparto, anticoncepción, aborto, reproducción asistida. Infecciones de transmisión sexual (ITS) y sida. – Menopausia, adolescencia. — Capacitación: sensibilización, formación teórico-práctica y aprehensión del enfoque. — Uso de métodos didácticos dinámicos.

Evaluación
— Evaluar la calidad de la atención, si está siendo: • Accesible. • Permite a el/la paciente expresarse, recibir y entender la información, participar en las decisiones. • Responde a las necesidades. • Efectiva y eficiente. • Resuelve desigualdades. • Controla los sesgos.

9.1. OBJETIVOS

A los objetivos habituales de la práctica clínica, para el enfoque de género se añaden dos más.

9.1.1. Intervenir en los procesos de género como determinantes de salud

Partiendo de la base de que los procesos psicosociales de género contribuyen a determinar la enfermedad, se plantea esta necesidad de prestarles atención a las personas en la medida en que se pueda, en el cambio de estos determinantes.

9.1.2. Realizar clínica de calidad y equidad evitando los sesgos de género

Los estereotipos de género determinan el proceso de atención produciendo sesgos en las actuaciones de los y las profesionales. Estos estereotipos condicionan una atención que no responde del todo a las necesidades de hombres y mujeres y que tiene como resultado menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico con las mujeres en determinadas enfermedades. Por ello, es otro objetivo controlar los sesgos de género en la clínica que desembocan en inequidad en la atención.

9.2. ESTRATEGIAS DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN

El enfoque de género imprime una orientación estratégica muy definida a las actuaciones, debido a que se siguen principios para mejorar el balance de género. Estamos interviniendo en una situación psicosocial que parte con desventaja, desigualdad y subordinación de las mujeres - la cual es fuente de vulnerabilidad para la salud-, y posiciones masculinas de poder, - de las que procede vulnerabilidad, tanto para hombres como para las mujeres. Por tanto, tendrá que haber estrategias, no sólo para producir efectos individuales de salud, sino para que estos efectos tengan un signo de transformación personal y social. Las líneas estratégicas a tener en mente transversalmente en la atención serían las siguientes.

Transformación personal y social. Mantener presente que los cambios personales que se potencien, tendrían una repercusión en la construcción de lo social. Los cambios de género se suman para una transformación sociocultural.

El signo de la transformación será hacia el cambio de las relaciones de género de poder/subordinación (Atie Van den Brink-Muinen, 1997; Kirsti Malterud, 2000; Gita Sen, Piroska Ostlin y Asha George, 2007; OMS, 2008), con las siguientes estrategias.

Se enviarán mensajes verbales, o por medio de los actos del sanitario o sanitaria, que contengan alternativas de cambio de los condicionantes de vulnerabilidad de género. Pueden ser mensajes dirigidos al cambio de cualquiera de los procesos de vulnerabilidad de los distintos modelos de género, pero pueden tenerse en mente los siguientes principales por su frecuencia y gravedad:

-Ruptura de relaciones de poder /subordinación.

-Validación de deseos y actividades propias.

-Validación de modelos igualitarios'

-Validación de feminidad y masculinidad no ligados a dependencia y papeles estereotipados (maternidad, delicadeza, belleza, ser cuidadora.. .en mujeres; fortaleza, potencia, invulnerabilidad... en hombres).

Reconocer los roles e identidades de género como parte del proceso de salud/enfermedad, mediante métodos que veremos a continuación. La búsqueda de autonomía, autorresponsabilidad y empoderamiento de las mujeres y también de los hombres, aunque para ellos hay que añadir la sensibilización de género, son estrategias apoyadas en los principios y valores de género. Así como promover la sociabilidad para que las personas formen parte y actúen en la sociedad y que esto sea una fuente de realización subjetiva y para tender al empoderamiento individual y colectivo.

En el vínculo asistencial es necesario redistribuir el poder. Explorar las interacciones entre poder, saber y género. En la relación entre médico o médica y paciente se pone en juego el poder médico que se apoya en la jerarquía del saber, jerarquía del poder de los recursos, jerarquía social del status médico y la jerarquía masculina (Candance West, 1984; Joaquina Erviti y cols., 2006). Todo este conjunto subordina al paciente y excluye el conocimiento que procede de su espacio, deprivándole de algún poder para el manejo de su padecimiento (Kirsti Malterud, 2002). Ello contribuye a cronificar, en el caso de las mujeres, las situaciones de subordinación y dependencia que se prolonga en el espacio asistencial. A menudo ocurre que la necesidad del médico/a de mantener su identidad profesional, le empuje a ejercer la autoridad de su condición. Por todo ello, una estartegia necesaria es redistribuir este poder, no imponiendo el saber del médico a la o el paciente, dejando lugar a su discurso y negociando la interpretación de los problemas entre paciente y médico/a.

En la misma línea de rebalancear la atención está la estrategia de contar con el/ la paciente como sujeto. Considerar a la persona como sujeto activo en su proceso de salud/enfermedad y no como objeto del saber y actuaciones médicas. Para ello servirán tácticas de:

-Devolución de la palabra a los y las pacientes, especialmente a las mujeres.

-Escucha activa de la o el paciente.

-Encaminar y potenciar a la/el paciente a enfrentarse con sus problemas de salud.

-Reconocer al sujeto paciente como el que tiene el conocimiento sobre sus padecimientos, reconociendo su experiencia y su saber.

-Potenciar las posibilidades de expresión del/a paciente y su participación en las

decisiones.

Es otro principio estratégico del enfoque de género, evitar la patologización y medicalización de la vida. Y es en la práctica clínica donde tenerlo en cuenta puede dar los mayores resultados, buscando métodos de tratamiento alternativos a los farmacológicos que, sin duda pasan por método biopsicosocial.

Y, por último, introducir en la práctica la interacción con factores de estratificación social, entre otros, edad, clase social, situación laboral, nivel educativo, etnia, estatus migratorio, orientación sexual.

9.3. MODELO DE ATENCIÓN

9.3.1. Modelo biopsicosocial

Requiere atención inicial a lo biológico, explorando la sintomatología y detectando los posibles trastornos orgánicos, estableciendo el diagnóstico y tratamiento que proceda.

En lo que respecta al género, en la atención a lo orgánico habrá que prestar atención a las características propias de la enfermedad en cada sexo, es decir la morbilidad diferencial por sexos (Carme Valls-Llobet, 2006), realizando una atención no sesgada, de manera que sea capaz de visibilizar las semejanzas y diferencias por sexos. Más adelante hablaremos de las reflexiones necesarias para evitar el sesgo de género.

Después, para intervenir en los procesos determinantes psicosociales de género es necesario seguir el modelo biopsicosocial'. Es el que permite atender a los factores biológicos (los que proceden del sexo), a los sociales (los debidos a modelos y roles de género) y a los factores subjetivos o de experiencia vivida (las actitudes y comportamientos individuales relacionados con las identidades femenina y masculina), todos ellos asociados al proceso de enfermar.

La condiciones del modelo biopsicosocial son las siguientes:

• Atención centrada en el o la paciente

La relación asistencial centrada en el o la paciente (Jorge L.Tizón, 1988; Francesc Borrell i Carrió, 2002), es de sujeto a sujeto, es decir, no se tratará del médico sujeto del saber y paciente objeto-del saber del médico. El centro de gravedad no cae sobre la capacidad técnica y el conocimiento biomédico del sanitario/a, sino sobre su capacidad de escucha de aspectos biopsicosociales y su capacidad para crear las condiciones de encuentro en las que la persona pueda expresar sus experiencias que son la fuente de información, ya que es el sujeto el que tiene el saber sobre lo que le ocurre. El o la profesional se puede hacer algunas preguntas clave para reflexionar sobre el tipo de atención que está realizando con un paciente determinado.

Preguntas clave:

¿Las condiciones que he creado en la consulta, facilitan que el/la paciente pueda hablar?

¿Le he preguntado qué es lo que le preocupa?

¿Le he mirado cuando hablaba? ¿Puedo pensar que he conectado con la persona?

¿He captado algo sobre el estado anímico de la o el paciente?

¿Podría decir si el o la paciente está preocupada, angustiada, indiferente... resignada...?

• Escucha biopsicosocial. De la clínica de la mirada a la escucha

El centro de gravedad de la clínica se desplaza de la mirada, que observa al paciente para objetivar signos, a la escucha de la persona para saber qué le pasa y cómo lo experimenta. No es atención sólo al cuerpo, sino atención al sujeto. Los procesos psicosociales que le ocurren al sujeto sólo se pueden conocer escuchándole. Se trata de reconocer que del lado del paciente existe saber válido para la clínica.

Preguntas clave:

¿Me he interesado por otros aspectos que no sean los técnicos sobre los síntomas y signos?

¿Le he preguntado qué cree que le pasa y a qué cree que se debe?

¿He prestado atención a lo que el/la paciente pueda decir sobre lo que le pasa?

¿He incluido su opinión en la valoración de su cuadro clínico?

¿Puedo decir que me he acercado a quién es el/la paciente?

• Inclusión de los determinantes de género

A lo largo del proceso de atención, hacer emerger las interacciones de género y de relaciones de poder, que son las más problemáticas de género-, como explicaciones significativas para el/la paciente (Atie Van Den Brink-Muinen, 1998; Kirsti Malterud, 2000). Consiste en que una paciente que está, por ejemplo, en una posición subordinada en su pareja o en su medio familiar, sea capaz de darse cuenta de que esa posición tiene que ver con su malestar. De esta forma se trata de ayudar a la persona a identificar los procesos de vulnerabilidad de género como potenciales determinantes de la enfermedad.

Una forma de hacerlo es no excluir los procesos psicosociales realizando pactos tácitos de género, que son los que se producen dejando pasar sin reaccionar situacio

nes de vulnerabilidad. A menudo, resulta difícil para los y las profesionales tomar una posición activa frente a situaciones que parecen pertenecer sólo a la intimidad, como los conflictos de pareja, conflictos familiares, situaciones de dependencia afectiva y económica, incluso situaciones de violencia de género. Si en la consulta se percibe o escucha alguna de estas situaciones y se dejan pasar, sin decirle nada al respecto a la paciente, se están validando implícitamente y se mantiene un pacto tácito de inmovilidad ante los factores de género. Cuando aparecen, hay que detenerse a escuchar y expresar si esto puede hacer a la persona más vulnerable y si se puede cambiar.

Se puede hacer pensar en el cambio de condiciones sociales. En la medida de lo posible, se puede facilitar el acceso a recursos sociales que se gestionen desde los servicios de salud. Colocar a la persona en mejores condiciones sociales, facilitará sus cambios subjetivos y más fácil acceso a la salud.

Pero, el profesional no puede implicarse en tomar decisiones para que alguien no sea económicamente dependiente, o que se separe de su pareja, o cualquier otra intervención para cambiar directamente lo social. La actuación sanitaria psicosocial más específica va dirigida al cambio de actitudes que conllevan cambio de posición subjetiva. También es cierto que la estructura social pone límites a los cambios personales. Y al ser estructurales deben ser hechos desde la comunidad. Pero el espacio de la clínica individual, debe moverse más en la búsqueda de cambios subjetivos, ya que su marco de acción es individual.

Si las personas van dejando de sostener las actitudes tradicionales de género, principalmente las relaciones de poder/subordinación entre hombres y mujeres, el balance social de género se va modificando por la dialéctica entre lo subjetivo y sus efectos constantes sobre lo social. Intervenir en el cambio personal genera mayor nivel de salud y transformación social.

Preguntas clave:

¿Puedo decir que se ha hablado de lo que le ocurre en su vida cotidiana?

¿Hemos podido identificar qué le ha ocurrido que parece que le afecta?

¿He pensado y preguntado sobre aspectos de relaciones de pareja, cargas de cuidado, conflictos de trabajo, pérdidas...?

¿He escuchado y prestado atención a -aspectos que ha hablado sobre su vida íntima, de pareja, o de trabajo...?

¿He reaccionado diciéndole algo? ¿O lo he dejado pasar?

¿Me parece que me he inhibido ante aspectos de su vida personal?

¿Le he proporcionado derivación para obtener algún recurso social para mejorar su

situación?

¿Le he expresado que su situación se puede cambiar?

9.3.2. Método de subjetivación

El cambio de actitudes conlleva un proceso de subjetivación que consiste en que el sujeto se dé cuenta de lo que le ocurre y que, además, cambie su posición subjetiva. Es acceder a un cambio en la forma de experimentar sus circunstancias psicosociales.

Para ello, estamos incluyendo los aspectos del modo de vida y acontecimientos vitales (incluso los de género) que se asocian y son co-determinantes de la enfermedad, junto con los biológicos. El abordaje psicosocial no es excluyente del biomédico, por el contrario, son compatibles y complementarios.

El método de subjetivación contiene tres pasos: localizar los hechos biográficos significativos, señalárselos a la o el paciente y causar efectos de sujeto acompañando el proceso de cambio.

• Localizar los momentos biográficos y/o acontecimientos vitales sign cativos relacionados con las queja

Esquemáticamente, los pasos para ello en la intervención clínica son escuchar los hechos biográficos y acontecimientos vitales para localizar los que han sido significativos para la persona y se relacionan con la aparición de su enfermedad. Las preguntas hipocráticas ¿Qué le ocurre? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo achaca? ¿Qué le estaba ocurriendo cuando empezaron los síntomas? - en parte olvidadas por la hegemonía de la objetividad tecnológica-, son la mejor guía para provocar el relato del paciente y realizar una escucha selectiva sobre aquello que parece haber tenido impacto subjetivo en la persona.

Se apoya en que para la actuación sobre la subjetividad, la fuente válida del saber está en las experiencias de la persona.

¿Qué se puede esperar escuchar? Los procesos de mayor impacto en la vida de las personas suelen ser los que se han expuesto como determinantes psicosociales en el Esquema 5 y los de género de Tablas 12, 13 y 15 (Capítulos 5 y 6). Sintéticamente:

-Pérdidas. La muerte

-Acontecimientos vitales críticos.

-Grandes carencias.

-Conflictos de género:

• Conflictos de pareja y familia.

• Conflictos de intimidad, sexualidad e identidad.

• Conflictos de trabajo.

• Exposición a abusos, dependencia, aislamiento.

Escuchar lo psicosocial debe ir acompañado de escuchar al sujeto, es decir, no solo el relato de lo ocurrido, sino la experiencia de la persona. Aún cuando relaten los mismos factores psicosociales escuchados otras veces, la escucha ha de mantenerse atenta a lo que para esta persona ha significado. No se puede simplificar lo que le ocurre a las personas bajo los epígrafes de determinados factores. Estos ponen sobre el terreno para la escucha, pero hay que continuar escuchando la experiencia subjetiva de cada paciente, para localizar el significado subjetivo.

Preguntas clave:

¿He prestado atención a la relación temporal entre sus problemas y los síntomas?

¿He estado atento/a a los afectos que manifestaba asociados a los hechos que contaba?

¿Qué hechos de su vida son los que parece que le afectan más?

¿Podría pensar ya que sé por qué se encuentra mal?

• Señalar la localización y reflejar la posición subjetiva

Que el sanitario o sanitaria se haya dado cuenta y haya localizado la situación vivencial asociada a las quejas de salud, no sirve aún de gran cosa, porque lo que va a producir efectos es que sea el o la paciente quien se dé cuenta. Por eso, el siguiente paso es señalarle lo localizado. Y decimos señalar, porque no se trata de comunicar de forma directiva lo que ahora se sabe, lo cual sería recibido como una imposición desde el saber médico y no causaría ningún efecto. Se trata de reflejar lo que se ha escuchado, reflejar el saber del/la paciente, cuando sea el momento en que sea evidente que puede recibirlo.

Es importante el estilo con que se haga. Un lenguaje tentativo, en forma de pregunta o sugerencia, abierto a la reacción de la persona, es más eficaz que una afirmación cerrada. Por ejemplo, preguntarle:

> ¿Se ha dado cuenta de que cuando empezaron los problemas con su pareja es cuando empezaron los síntomas?

O bien:

> -No sé si ese sentimiento que me ha contado de estar aislada desde que se han ido sus hijos, tendrá algo que ver con lo que le pasa ¿Qué le parece a

usted?

Este tipo de preguntas está suponiendo un saber del lado de la paciente y además está validando los aspectos vivenciales como aspectos relacionados con la enfermedad. Ambas cosas favorecen contar con la o el paciente como sujeto y favorecen que se dé cuenta de la asociación de lo psicosocial.

Por el contrario, decir:

> Quiero que se dé cuenta de que lo que le pasa es por cómo se toma usted las cosas. Tiene que relajarse.

Esto funciona como una acusación de causarse ella misma los síntomas, como una imposición del saber del médico, tema cerrado que no espera réplica y, además, como una orden imposible de cumplir. Los efectos subjetivos que puede causar son de mayor pasividad y de rechazo.

Preguntas clave:

¿He encontrado el momento de devolverle reflejado lo significativo que ella ha dicho?

¿Le he dejado que responda lo que le parece? ¿O he sido directivo/a?

¿He sido capaz de lanzarle como pregunta lo que creo que le pasa y no esperar que me conteste en el momento?

• Causar efectos de cambio subjetivo

El método de subjetivación desemboca en que sea la persona quien reconozca y se responsabilice de aquello que ella puede cambiar para minimizar su vulnerabilidad psicosocial.

Los cambios en la posición del sujeto se producen por el efecto de darse cuenta, de descifrar la relación que tienen sus síntomas y padecimientos con sus circunstancias y, además de un tercer término, darse cuenta de cómo se lo toma, cómo lo experimenta. De este modo, el localizar y señalar lo significativo desemboca a en estos efectos de sujeto.

El objetivo es restablecer la autonomía de la persona y cambiar sus condiciones subjetivas y sociales enfermantes, condiciones entre las que están los determinantes de género.

La dirección buscada de los cambios es hacia el abandono de posiciones objetales y pasivas - como son, con la mayor frecuencia, las de las mujeres en modelo tradicional, en posición subordinada y objeto del deseo de los otros-. La salida de la cron de los padecimientos en la pasividad, hacia la subjetivación activa: esto es hacía

la autonomía y ser capaz de realizar los propios deseos, de tener proyectos propios, de activar vías de realización posiblemente no disponibles antes, como el saber, el trabajo, tener hijos, amar, el encuentro con los otros..., y a relaciones igualitarias. Es decir, en lugar de prescribir fármacos - aunque, evidentemente, es compatible la ayuda farmacológica para lo biológico-, pensaremos en 'rescribir'vías de realización y autonomía del sujeto, encaminando a los y las pacientes hacia los factores protectores de salud y factores protectores de género, acompañándoles en el proceso.

Preguntas clave:

¿Me parece que le ha causado algún efecto lo que habíamos hablado?

Si ha pasado un tiempo desde que le señalé lo que parecía pasarle ¿Ha vuelto a la consulta y habla de cosas que ha cambiado?

¿Se ha activado a hacer cosas, como un trabajo, ir a alguna relación social...?

¿Ha tomado medidas para cambiar la situación que la dañaba?

¿He dicho algunas cosas para valorar y validar los cambios positivos?

¿Ha mejorado?

¿Se puede ubicar el comienzo de la mejoría cuando empezó a darse cuenta?

9.3.3. Relación sanitario/a paciente o vínculo asistencial significativo

La posibilidad del sanitario o sanitaria de escuchar lo que es significativo para la persona y de causar efectos en el sujeto, posibilitando que cambie actitudes, se da en una relación significativa con el o la paciente, creando un vínculo asistencial en el que se produzca un encuentro entre sujetos.

Se puede hablar por hablar, sin causar ningún efecto en el que escucha porque quién lo dice, lo que dice y cómo lo dice no alcanza a tocar en la intimidad al otro, no hay encuentro. Se puede atender a una persona en consulta y darle información, instrucciones y no dejarle ninguna huella. Que sea sólo un roce superficial entre individuos que no significan nada entre sí.

Sin embargo, es muy distinto un discurso que cause efectos en el otro. Que aquella misma información que tenga que ver con él o ella, sea incorporada por el o la paciente como algo valiosos y depende de que se haya producido un encuentro en el que el otro (el sanitario/a en este caso) haya tocado en lo personal y haya pasado a ser alguien con algún significado. Aunque parezca complicado, estas relaciones con significado se pueden producir muy sutil y rápidamente en cualquier consulta. Y que ocurra este encuentro es imprescindible para poder realizar esta intervención con efectos psicosociales.

Es lógico que si las personas se comportan según el motor de sus deseos y afectos, y enferman según los conflictos internos y externos, que a su vez se han constituido y reproducido en su relación con el otro (con los otros seres humanos), es lógico que lo más poderoso para incidir en esos afectos, comportamientos y malestares sea a través de la relación con otro significativo, en este caso, el o la sanitaria. Esto es lo que buscamos en la relación sanitario/a-paciente significativa.

Requiere poner en juego condiciones de relación integral de sujeto a sujeto, incluir en ella los afectos transferidos y las identificaciones que se producen en las dos personas de la relación. Este tipo de vínculo implica al profesional y requiere que sea capaz de interrogarse sobre lo que le ocurre con la persona que atiende y las reacciones que esta le causa. Y poner estos afectos transferidos e identificaciones al servicio de los efectos del encuentro2. Se trata pues, de incluir como instrumento de intervención, aspectos subjetivos de la relación con el o la paciente que precisamente se tratarían de eliminar en un acto puramente biomédico.

En el contexto de este vínculo asistencial circula la demanda explícita y también la demanda implícita. Esta última es aquella dirigida al personaje significativo que el sanitario/a es para el paciente, al que puede haberle transferido afectos como si fuera otro tipo de persona significativa, es decir, como un amigo, como un hermano, como una madre, como un padre... La demanda implícita se dirige a ese personaje y procede precisamente de las causas psicosociales que están imprimiendo el sufrimiento a la persona. La persona puede demandar explícitamente diagnóstico y tratamiento para sus síntomas, pero también puede estar demandando, sin ser consciente de ello, atención a sus problemas vivenciales. Y descubrir los contenidos de esta demanda implícita, es descubrir los procesos psicosociales asociados a su enfermedad.

Sólo cuando se ha establecido el vínculo asistencial significativo, puede llegar a causarse efectos en el sujeto.

Preguntas clave:

¿Me parece que he entablado cierta relación con el o la paciente? ¿O aún no es más que otro/a paciente cuyo nombre no recuerdo?

¿Me habla con interés por saber lo que le voy a contestar? ¿O está distraído/a sólo pensando en obtener recetas?

¿Por quién parece que me toma? ¿Qué afectos parece que me profesa?

¿Qué parece pedirme, además de la atención médica?

¿Pienso en qué efecto le van a causar mis actuaciones y lo que digo?

¿Me parece que le afecta el trato que le doy?

¿Ha causado algún efecto algo concreto que le he dicho?

9.3.4. Grupos de resocialización de mujeres

Los grupos de apoyo o terapia de mujeres, netamente inspirados en el Movimiento de Salud de las Mujeres, que también pueden dirigirse a hombres, son un instrumento de atención tan valioso y eficaz que es imprescindible plantearlos en un modelo de atención clínica con enfoque de género.

Se mantiene una trayectoria práctica de grupos de reflexión de mujeres desde hace 40 años (Carol Hanisch, 1969; Atie Van Brink-Muinen, 1998; Kirsti Malterud, 2000)3. En España no se ha dejado de notificar periódicamente su existencia y eficacia por las personas que los llevan a cabo regularmente en determinados servicios socio-sanitarios, ya sea en atención primaria (Asunción González de Chávez, 1993), salud mental (Carmen Sáez Buenaventura, 1988; Ana Távora, 2001) o servicios sociales municipales o de otras dependencias (Pilar Migallón y cols., 2002; Purificación Pliego y cols., 2005; Amparo Albiñana y cols., 2006; Instituto Asturiano de la Mujer, 2008)4.

Se pueden denominar grupos de apoyo mutuo, de reflexión, de autoconciencia, de socialización o de terapia. Funcionan bajo metodología operativa, psicodinámica o de terapia de encuentro, pero siempre bajo la óptica feminista, de cuyos fundamentos no se han desvinculado a pesar del paso de los años.

Los principios de los grupos de mujeres son la reflexión colectiva sobre las condiciones de vida y condicionantes psicosociales de género que subyacen en sus procesos de salud/enfermedad. Se encaminan siempre a restablecer la autonomía, la autoestima y la autorresponsabilidad y a que las mujeres puedan ser sujetos de sus deseos, con proyectos propios, rompiendo la subordinación y la pasividad.

En los grupos se produce una re-socialización, es decir, el descubrimiento de nuevos modelos sociales en los que funcionar y la validación de nuevos ideales de género y de feminidad y masculinidad que resitúan el funcionamiento psicosocial de las mujeres. Son por tanto un instrumento de promoción de salud, pero también de prevención y atención a los problemas de salud más prevalentes entre las mujeres, como los trastornos mentales comunes, somatizaciones y dolor, en definitiva, muy especialmente para las manifestaciones del malestar de las mujeres.

9.4. REFLEXIÓN SOBRE LOS SESGOS EN LA ATENCIÓN

Para alcanzar el objetivo de realizar una clínica de calidad no sesgada y tendente a la equidad, es necesario mantener actitud reflexiva sobre los sesgos en la clínica.

No puede existir neutralidad en la atención directa a los y las pacientes, porque también durante el trabajo clínico vemos las cosas a través del prisma de nuestra realidad psíquica. No vemos las cosas como son, sino como somos.

Funcionamos según diversos filtros: la teoría que enmarca el saber que utilizamos, las experiencias anteriores, el sistema de valores, los estereotipos sociales a través de los que miramos a la persona, los afectos que las personas nos provocan y las identificaciones en que nos sugieren colocarnos. Son demasiados filtros los que se interponen ala mirada como para creer que haya neutralidad.

La variabilidad en la clínica, procede, en parte, de estos sesgos relacionados con condicionantes del/la profesional. Por otra parte, la variabilidad puede proceder de condiciones del lado del paciente o de los recursos disponibles. Pero nos interesa para el método de atención, la reflexión que ha de producirse del lado del profesional.

Existen múltiples tipos posibles de sesgos en la atención. Importan para la atención con enfoque de género, el sesgo teórico, el sesgo tecnológico, los estereotipos sociales de género y el producido por relaciones intersubjetivas con el o la paciente. Todos se deben a que la percepción subjetiva del profesional desliza efectos en sus actos sin darse cuenta, y se pueden omitir aspectos que forman parte del proceso de enfermar. En el momento en que se hace consciente que está observando al paciente excluyendo algún aspecto del problema o mediatizado por alguna actitud propia, inmediatamente el sesgo desaparecería. Es por esto, por lo que la mejor forma de corregir la variabilidad por factores perceptivos del profesional o sesgos en la atención, es la reflexión analítica de los propios profesionales sobre sus actos médicos y lo que los motiva.

9.4.1. Sesgo teórico

Se puede producir un sesgo directamente relacionado con los marcos teóricos que casi siempre son parciales. Las teorías siempre contienen unos factores explicativos del problema y no otros. Y en la atención, sólo se puede ver, e incluir en el acto clínico, aquello que se ha pensado, que forma parte del saber que se está poniendo en juego. Las insuficiencias teóricas trazan zonas de sombra para la percepción clínica.

Un ejemplo de sesgo teórico es la variabilidad por los límites propios de cada área de conocimiento especializado. Chaichana Nimnuan y cols. (2001) investigan sobre un listado de síntomas somáticos sin causa orgánica. Sus hallazgos ejemplifican el sesgo teórico. Estudian pacientes que acuden a diversas especialidades médicas. Se observa que, con iguales síntomas, las personas tienen más posibilidades de ser diag nosticadas del síndrome funcional correspondiente a la especialidad del clínico que las atiende. Especialistas de digestivo tienden a diagnosticar más síndrome de colon irritable, en reumatología se diagnostica fibromialgia y si se trata de especialista en neurología, la misma persona tiene más probabilidades de salir diagnosticada de fatiga crónica. Se encuentra que se desprecian una media de 8 síntomas que exceden o no encajan con el diagnóstico de la especialidad. Se encuentra también que las mismas personas son diagnosticadas, con mucha frecuencia, de varios síndromes funcionales, según van visitando a los diversos especialistas. Es una variabilidad que está produciendo diagnósticos sesgados por los conocimientos del médico o médica. Y es lógico que cada persona pueda ver sólo aquello que tiene en mente, e interpreta

la enfermedad que tiene delante según el saber del que dispone.

El tipo de variabilidad que nos concierne para el enfoque de género es la que manifiesta sesgo teórico cuando no forman parte del saber utilizado los factores socioeconómicos y psicosociales determinantes de la vida cotidiana, y tampoco los de género. Si el/la profesional no está familiarizado con este marco teórico, estos factores no aparecerán bajo su mirada y no serán detectados, produciéndose un sesgo en la atención que escotomiza aspectos determinantes del problema de salud. En el tipo de clínica que se practica actualmente, es bastante común estar atendiendo a una persona durante un período largo, y no saber prácticamente nada de su modo de vida o de los acontecimientos biográficos importantes para ella. A veces, en las consultas de medicina familiar, se conocen algunas de estas circunstancias sobre los pacientes, por su historial familiar, o porque se deducen de cómo se manifiesta, pero pueden no ser hablados con el paciente. Es una práctica con sesgo psicosocial.

Además, se produce también un sesgo teórico, combinado con un sesgo subjetivo y de género, cuando el o la profesional no es capaz de escuchar los aspectos psicosociales y, en especial, los de valor de género. Candance West (1993) encontró, en una investigación cualitativa mediante análisis del discursos en consultas médicas, que los y las pacientes sí relataban aspectos de su vida cotidiana, pero los y las médicas, tendían a ignorar estas manifestaciones. Y había un efecto de elipsis selectivo: se escuchaban peor en pacientes hombres los problemas relacionados con el trabajo, que dañan mas el ideal de masculinidad, y en las mujeres los relacionados con su vida familiar y de pareja, que dañan los ideales de feminidad. Es, de un lado, un sesgo teórico, no considerando relevantes los aspectos psicosociales, pero también es sesgo subjetivo, porque se añade a la dificultad del médico o médica para escuchar algo que le concierne personalmente, y también es de género, porque se muestra más difícil de escuchar aquello que afecta a los ideales con significado de género.

También, el sesgo teórico produce escotomas en la investigación. Las preguntas se formulan en función del marco conceptual y modelo explicativo que se plantea el investigador. Si no entran factores como el sexo, o los de género o los factores psicosociales en su marco, la investigación observará una parte sesgada del fenómeno (Kirsti Malterud, 1998), las más de las veces, visibilizando preferentemente lo biológico y ocultando los efectos de sexo y de género

Por cierto, que también habría sesgo teórico en sentido inverso, si se abordaran sólo los aspectos sociales o psicológicos del caso, dejando de lado los aspectos biomédicos, lo cual sería igual de peligroso.

• Sesgo tecnológico o biomédico

La hegemonía del paradigma biomédico, motiva que merezca la pena mencionar un sesgo teórico específico: el sesgo tecnológico y biomédico. Consiste en los efectos escotómicos que causa la limitación del paradigma biomédico. Dice Jozien Bensing (2006), que el sesgo tecnológico se produce por el apoyo actual en la medicina

basada en la evidencia y la actuación mediante protocolos clínicos estandarizados que se aplican por patologías y no por pacientes. Quedan englobadas en un escotoma las condiciones no biológicas, en realidad, quién es el o la paciente. Se limpia el acto médico de apreciaciones subjetivas, tanto del paciente, como del sanitario. Todo lo subjetivo (lo no biológico) puede enturbiar la objetividad (bio)médica. La corriente principal en la relación médico-paciente en los sistemas sanitarios actuales, camina hacia mayor atención a los aspectos biomédicos y tecnológicos de la enfermedad y disminución del interés por los aspectos de la vida del paciente y de las aportaciones que este pueda hacer sobre lo que le ocurre, en consecuencia, disminuye la comunicación y la interacción.

Jozien Bensing y cols. (2006) investigadora holandesa que desde hace muchos años estudia la relación médico-paciente, compara las características de la comunicación en consultas médicas grabadas en video en 1986 y en 2002. Resulta que en comparación con el año 1986, los médicos y médicas en 2002 se dedican menos a preguntar a los pacientes, a pedirles opinión, interaccionan menos y relacionan menos aspectos del paciente con su enfermedad y, también, manifiesta menos preocupación por el paciente. Están más dedicados a la tarea técno-médica y menos al enfermo. Encuentra, además, que el uso del ordenador en la consulta ha favorecido la incomunicación. Antes, el o la paciente continuaba hablando e interactuando mientras el médico/a escribía, y este también podía seguir dando señales de escucha, incluso respuestas. Ahora, mientras el médico/a escribe en el ordenador, el paciente guarda silencio absoluto y el médico/a también se queda absorto mientras lo utiliza. El ordenador está profundizando el sesgo tecnológico.

Este tipo de sesgo perjudica para el enfoque de género, porque este es psicosocial y forma parte de la vida social y subjetiva de la y el paciente. Lo psicosocial imprime una variabilidad en la salud/enfermedad que sólo puede ser explorada a través de la escucha e interesándose por quién es la persona atendida. Nunca se llega a ello a través de observar lo biológico y tratando enfermedades. Requiere una atención centrada en el /la paciente.

Además, el sesgo tecnológico, contribuye a interpretar que los padecimientos de las mujeres se deben a los procesos biológicos del ciclo vital, pensando sus procesos de salud o enfermedad son sólo debidos al ciclo menstrual, a la menopausia, a la maternidad... Es la patologización del ciclo vital de las mujeres que resulta tan complejo como enigmático para la biomédicina. Al observarse sólo los aspectos biológicos de estos procesos, se tiende a intervenir con el arsenal correspondiente, que es el farmacológico. Las diversas pautas farmacológicas para tratar la menopausia - tanto la terapia hormonal sustitutiva como los diversos protocolos contra la osteoporosis (calcio, raloxifeno, bifosfonatos, etc.)-, o la supresión hormonal para tratar quistes anexiales, o la píldora de uso continuado para suprimir la menstruación, o el más reciente parche de testosterona para el deseo sexual inhibido, son abordajes en clave orgánica, de procesos de alta complejidad psicosocial y de género.

En definitiva, hace falta tener en mente el marco teórico biopsicosocial, para replegar el sesgo teórico y tecnológico que impide realizar una práctica inclusiva del género como determinante de salud.

9.4.2. Sesgo de género

Si bien todo médico o médica se da cuenta de que está atendiendo a una mujer o un hombre, las consecuencias integrales que acompañan a este hecho son pertinazmente excluidas del modelo clínico. Se tiene en cuenta el sexo biológico, por su correlación con la frecuencia de determinados cuadros fisiopatológicos, pero no se incluyen en el saber para la clínica los demás aspectos constituyentes de la persona mujer u hombre, los aspectos sociales y psicosociales de género.

El sesgo de género en la atención es el error debido a no considerar el sexo y los condicionantes de género de la o el paciente.

Las mujeres y los hombres, hoy por hoy, según sus modelos de comportamiento de género presentan diferencias en su forma de búsqueda de ayuda; en su forma de experimentar la enfermedad y la expresión de la queja y los síntomas; en la forma de comunicación e interacción con el sanitario/a; en sus expectativa sobre el saber médico (Kirsti Malterud, 2000). Si el/la profesional no percibe estas diferencias y aplica un mismo patrón, habitualmente el masculino, podrá realizar una atención sesgada.

- Sesgo por las formas de búsqueda de ayuda y expresión de la enfermedad

Se producirá sesgo por la falta de sintonía con las diferentes formas de petición de ayuda, de comportamiento enfermo y de expresión de los síntomas de las mujeres y los hombres (Débora Tajer, 2003).

Es clásico que las mujeres tienden a buscar ayuda con más prontitud y frecuencia que los hombres y usan más los servicios generales, aunque ellos usan más servicios de urgencias, especializados y hospitalarios. Probablemente inducido por este comportamiento diferencial por sexos, que procede de la socialización de género, existe el estereotipo de que las mujeres se quejan más por causas inespecíficas y los hombres consultan cuando están realmente graves (Fransje W.Van der Waals, 1991; M.a Teresa Ruiz y cols., 1995). Y este estereotipo induce, a su vez, un sesgo en la atención, cuando los y las profesionales dan más credibilidad a la gravedad de los hombres que de las mujeres. A igualdad de síntomas, ellos son ingresados con mayor frecuencia que las mujeres comenzando con ello la trayectoria del menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico con las mujeres (M.a Teresa Ruiz Cantero, 2001).

A veces se encuentran diferencias por sexos en la morbilidad atendida, que no se deben a diferencias de morbilidad sino, al menos en parte, a diferencias en el uso de los servicios. Es el caso de la depresión, cuya sobremorbilidad en mujeres debe tener un componente debido a su mayor facilidad para buscar ayuda y usar los servicios.

También se producen diferencias en los cuadros sintomáticos y la forma de expresarlos. Uno de los factores que más variabilidad imprime a la experiencia subjetiva de enfermedad es el género. Desde la feminidad tradicional, las personas interpretan sus estados físicos y anímicos de forma muy distinta a la experimentada desde la masculinidad tradicional. Así, es un producto clásico de esta feminidad una mayor autopercepción de trastornos corporales, y a traducirlos en estado anímicos y sentirse antes enferma, frente a la dureza masculina y mayor tardanza en experimentarse como enfermo. Este factor favorece la mayor tendencia a interpretar a las mujeres como psicológicamente alteradas y disminuir el esfuerzo diagnóstico de otras posibles enfermedades.

O un umbral de dolor cardíaco más bajo en hombres que en mujeres, y viceversa para dolores músculo-esqueléticos. Todo ello condiciona presentaciones distintas de la enfermedad entre hombres y mujeres y entre personas de distintos modelos de género y construye estereotipos que luego favorecen atención sesgada.

Por ejemplo, en las enfermedades cardiovasculares se han evidenciado ya en diversos países importantes sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico. Débora Tajer, a raíz de una investigación cualitativa sobre las representaciones y sesgo de género en la atención cardiológica encuentra que los cardiólogos:

> ... en general, frente a los cuadros inespecíficos, dudan más con las pacientes mujeres, porque muchas veces al ser más «nerviosas», estar más estresadas o tener problemas familiares pueden presentar dolores similares a los precordiales y no serlo. (2003, pág, 21).

La forma de expresarse de las mujeres, más dispersa e imprecisa, menos eficaz y práctica, con referencias a sus vidas personales y familiares y con síntomas menos precisos, les resultan más difíciles de comprender y de aceptar, es decir, no sintonizan con la forma de expresión de síntomas de las mujeres ni con su comportamiento en la enfermedad. En consecuencia, tienden a no investigar demasiado la naturaleza de los síntomas. Los pacientes hombres se expresan más precisos y prácticos y los cardiólogos dicen entenderles mejor.

Mientras, las cardiólogas entrevistadas por Tajer dicen que, por identificación con las pacientes, les es más fácil comunicarse con ellas. Dice Débora Tajer sobre esta diferencia de comunicación de médicos y médicas con las pacientes mujeres:

> Pudiera especularse que lo que se denomina como modalidad inespecífica de transmisión de las mujeres pacientes, en realidad correspondiese con la manera del habla de las mujeres, diferente al habla masculina en general y al habla médica en particular y que las mujeres médicas pudieran conectarse a manera de traductoras de lógicas entre este discurso médico (2003, pág. 23).

El rechazo de la forma de expresión de las mujeres que no concuerda con el estilo de acción clara y práctica que los cardiólogos esperan tener en su práctica, favorece el

sesgo diagnóstico y terapéutico.

Este tipo de manifestación de las mujeres, en medicina general, cuando consulta innumerables veces por síntomas inespecíficos, con manifestaciones emocionales, está comprobado que puede provocar rechazo en el sanitario/a, que tiende a evadir el esfuerzo en la atención.

Las reacciones de los y las profesionales son perfectamente comprensibles, pero para controlar los sesgos, la cuestión es mantener auto-observación sobre las actitudes y reacciones que nos provocan los y la pacientes, e interrogarse sobre posibles estereotipos que motiven nuestros actos.

• Sesgo diagnóstico y terapéutico

Se produce al ignorar las posibles diferencias por sexos aplicando a las mujeres las mismas características de la enfermedad que las de hombres o aplicando el patrón masculino a ambos sexos. Es por lo que queda invisibilizada la morbilidad femenina (Carme Valls-Llobet, 2006). Ocurre también al interpretar de forma distinta en las mujeres, síntomas y enfermedades que son iguales que en los hombres (M.a Teresa Ruiz Cantero, 2001).

Por ejemplo, en el caso del infarto agudo de miocardio, explica Débora Tajer:

> El imaginario cardiológico construye un perfil prototípico del paciente coronario tomando como ejemplo el modo de enfermar del paciente coronario varón ejecutivo. Perfil desde el cual se crea la expectativa de que las mujeres que enferman son las más parecidas a estos hombres. Esta modelización del paciente típico, fraguado en el modo de enfermar de los varones de clase media para arriba, se constituye en un sesgo de clase y género que invisibiliza que las mujeres con roles más tradicionales y los varones menos privilegiados por el sistema económico-social, también se enferman de cardiopatía isquémica (2003, pág. 35).

Este estereotipo sobre el enfermo cardiológico, sigue dando lugar en extenso a que los médicos y médicas tarden en ver que una mujer puede tener un infartos.

Los cardiólogos y cardiólogas entrevistados por Tajer, reconocían que tardaban mucho más en reconocer el infarto en una mujer, aunque no habían reflexionado o percibido si esto causaba efectos sobre su esfuerzo diagnostico y terapéutico.

En general, aunque las investigaciones aún no han arrojado luz sobre todos los sesgos, para algunos procesos clínicos existe ya bastante evidencia, sobre todo en trastornos mentales, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias Puede que exista un imaginario estereotipado para cada enfermedad que obstaculice la atención no sesgada.

• Sesgo en la interpretación de los determinantes psicosociales de género

También se puede producir sesgo de género al ignorar los condicionantes psicosociales de género de la enfermedad, distintos para cada sexo (Sara Velasco, 2006c).

Por ejemplo, ahora se sabe que las mujeres tienen mayor mortalidad después de un infarto agudo de miocardio, durante el año siguiente al ataque (Carmen Mosquera y cols., 2002). Este caso nos permite ejemplificar también lo que ocurre con los tipos de sesgos anteriores. Ocurre que los cardiólogos y cardiólogas pueden no tener presente esa mayor mortalidad de mujeres para ver qué pueden hacer en su seguimiento para minorar esta sobremortalidad que no siempre es percibida en la actividad clínica del caso por caso.

Se sabe que factores biológicos como la diabetes y la hipertensión favorecen la mortalidad postinfarto, y estos trastornos aparecen asociados con más frecuencia en las mujeres. Se caería en un sesgo biomédico, si se diera por terminada la explicación sobre la mayor mortalidad en mujeres por estos hechos biológicos.

Se puede caer en un doble sesgo teórico y de género, si no se incluye en los planteamientos clínicos que la depresión es un factor que también aumenta de forma consistente la mortalidad post-infarto, como han demostrado varios autores entre ellos Arnstein Mykletun y cols. (2007) en el estudio HUNT, sobre influencia de la depresión en la mortalidad por diversas causas, y Norris y cols. (2007), de quién proceden las demás evidencias que estamos mencionando. Hace falta incluir en el marco teórico la influencia del estado anímico, la influencia de lo psíquico sobre lo orgánico y prestarle atención a intervenir de alguna forma sobre lo anímico en el cuidado del corazón y, de este modo, no caer, además, en un sesgo biomédico que trataría de resolverlo sólo con antidepresivos.

Hace falta una visión psicosocial y de género para incluir en la regla de cálculo clínico que las mujeres infartadas se deprimen más por los siguientes factores que han evidenciado Norris y cols. (2007): porque son más mayores que los hombres (la edad media de infarto en mujeres es mayor), están mcís solas (ya no tienen pareja y están más aisladas socialmente, con falta de personas que les den apoyo afectivo y material); tiene menor nivel cultural (la actual generación de mujeres mayores suelen estar sujetas aún al modelo tradicional, suelen tener un nivel de estudios primarios, menor que los hombres de la misma generación, lo cual influye en la disminución de recursos personales); son mcís pobres (tienen menos recursos económicos, cobran pensiones más pequeñas, porque todavía las mujeres actualmente mayores han regalado su tiempo laboral dedicándose al trabajo doméstico no remunerado y que no genera prestaciones); tienen mcís discapacidades (por la edad y porque las mujeres padecen enfermedades crónicas más discapacitantes que los hombres); y además se sienten contrariadas y con dificultad para asimilar su experiencia, porque el infarto es supuestamente una enfermedad de hombres y no encaja en sus expectativas. Todos estos son factores psicosociales y de género que si el médico o médica no visibiliza, no podrá tratar en consecuencia y estará realizando una atención escotomizada, sesgada, que no responderá a las necesidades biopsicosociales diferenciales de

mujeres y hombres y a los procesos determinantes de género.

• Pacto de género dando continuidad a los estereotipos

Sesgo de atención es también actuar dando continuidad a los estereotipos de género con los que actúan los y las pacientes (Débora Tajer, 2003). La actuación del profesional puede cronificar estereotipos de género en el funcionamiento del paciente, o bien puede movilizarlos y cambiarlos.

Por ejemplo, un hombre consulta por una hipertensión que no controla, no hace dieta, ni ejercicio e insiste en que él está estupendamente, que no siente nada y que está «como un roble». Mientras, su esposa le mira cabizbaja con el escepticismo de años de saber que él cree que su cuerpo es `una maquina invencible' y que además se enfada con ella cuando pretende ponerle la comida de su dieta. Si el médico le mira y sonríe condescendiente, y se dirige a la mujer para decirle que tiene que ponerle la comida sin sal y que a ver si le convence de que salga a pasear, lo que está haciendo en tan simple actuación, es un pacto tácito de género con el paciente, transigiendo con su actitud masculina de invulnerabilidad y, al mismo tiempo, dejar caer sobre su mujer la responsabilidad del cuidado y que consiga como sea que el hombre haga lo que debe. Esto pasa también por alto, y por tanto se valida, que ella está pasiva y amedrentada bajo una relación subordinada que, de tantos años, parece imposible cambiar. Esta actuación caería en un sesgo de género por dar continuidad a los estereotipos que están contribuyendo a la enfermedad.

Por el contrario, si el profesional no da por buena la actitud del hombre, sabiendo que su comportamiento se debe a una idea sobre su masculinidad que se podría cambiar, le podrá preguntar alguna cosa como:

-¿Y no ha pensado que su cuerpo puede enfermar,... que los hombres también enferman y mueren... aunque sean muy hombres?

Encontrar algo que decir en esta línea, que sea acorde con el estilo de comunicación de este paciente, y estar dispuesto a hablar un poco sobre la reacción que esto le causará seguro.

Y cuando finalmente el paciente le pase la receta y las indicaciones a su mujer, decirle:

-No, no, son sus recetas y su dieta, cójalas usted que es quien tiene que hacerse cargo. No siempre tendrá que ser su mujer la que se ocupe de usted.

Otro ejemplo, un hombre vuelve de nuevo un lunes más, a pedir que se le repita la prueba de VIH, sin haber modificado en nada sus prácticas sexuales de riesgo. Y acude a este médico, porque con él ha establecido un pacto tácito de género por el que recibe tolerancia hacia su costumbre de usar la prostitución sin protección. El médico puede no ser consciente de haber hecho este pacto, pero se materializa porque no le cuestiona a este paciente sus prácticas de riesgo y la posibilidad de cambiarlas,

por el contrario, le guarda el secreto y le pide la prueba cada vez que viene, ha pesar de que está cansado de jugar este papel. Por cierto, que este pacto de género es inmovilizador e impide que el paciente pueda cambiar las prácticas de riesgo.

En definitiva, si no se interviene en los determinantes psicosociales de género, se ve perjudicada la calidad de la atención. Por el contrario, si se aplica un enfoque biopsicosocial y de género, todo aquello que está contribuyendo a determinar el estado de salud/enfermedad, deberá estar incluido, proporcionando a la atención la estrategia de transformación personal y social.

• Los estereotipos de género causantes de los sesgos

Las causas últimas de la variabilidad de la atención por razones de género, son las representaciones estereotipadas de los y las profesionales sobre la enfermedad y cómo esta ha de manifestarse en cada sexo. Son estereotipos de los que está imbuida la sociedad misma. También los y las pacientes están influidos por los mismos estereotipos sobre la enfermedad y consultan de forma que contribuyen a obtener una respuesta sesgada y estos estereotipos son la raíz y el caballo de batalla para la corrección de los sesgos de género en la atención.

Para analizar y reflexionar sobre las representaciones estereotipadas de género que están actuando en las consultas concretas de determinadas enfermedades, pueden servir los patrones de procesos psicosociales de los distintos modelos de género que se han sintetizado en las Tablas 12, 13 y 15 del Capítulo S.

De todos modos, los estereotipos que con más frecuencia sesgan las actuaciones, están conectados con el modelo de género tradicional y se pueden resumir en:

-Desvalorización de la queja de las mujeres.

-Creencia de que la queja de las mujeres está injustificada porque es producto de su debilidad.

-Creencia en la tendencia de las mujeres a pedir ayuda por su dependencia afectiva.

-Estigma de las mujeres como mentalmente trastornadas.

-Sobre-valoración y credibilidad de la fortaleza masculina.

-Invisibilidad de las mujeres como trabajadoras y productoras.

-Invisibilidad de posibles hábitos que están excluidos de la feminidad (tabaco, alcohol, actividad sexual...).

Todos ellos llevan a ignorar, minimizar y restar credibilidad a la importancia de los síntomas y sufrimientos de las mujeres, apreciando, sin embargo, su importancia en los hombres. La tónica general, hoy por hoy, es que la discriminación se produzca

hacia las mujeres.

La depresión es un proceso de alta sensibilidad y vulnerabilidad al enfoque de género y permite ejemplificar la mayor parte de lo mencionado hasta aquí. En la práctica actual de los servicios, se produce sesgo teórico y tecnológico-biomédico, cuando el abordaje preferencial es sobre la sintomatología de depresión y se usan los psicofármacos como único recurso terapéutico, quedando excluidos los demás factores determinantes del estado depresivo y también otras posibilidades de intervenciones psicoterapéuticas no farmacológicas. Se produce sesgo de género en la atención al valorar de forma distinta, sintomatologías iguales. A igualdad de síntomas anímicos, las mujeres tienen más probabilidad de ser diagnosticadas de depresión y los hombres tienen más probabilidad de que se investigue si padecen enfermedad orgánica. Por ejemplo, en un estudio en Francia (Rebeca Furhrer, 1995) que siguió los destinos diagnóstico del síntoma de fatiga manifestado en las consultas, las mujeres se quejan más de fatiga que los varones, sin embargo, tienen muchas más posibilidades de ser diagnosticadas de depresión que ellos, que son más frecuentemente diagnosticados de fatiga crónica. Furher encontró además un sesgo de clase superpuesto al de gé nero: a personas de clase social baja y trabajadores/manuales, se les diagnostica más depresión, que a las de clase social privilegiada y profesionales de alto nivel.

También, en la depresión, las mujeres manifiestan los síntomas de forma diferente a los hombres. Ellas, más síntomas anímicos y somatizaciones; ellos tienden más a consumir alcohol y estar irritables y agresivos. Se clasifican más mujeres deprimidas que hombres, porque no se interpreta como depresión la sintomatología masculina, que desemboca en alcoholismo y consumo de otros tóxicos y violencia (Anne Maria M¿5ller-Leimkühler, 2002).

Se produce también sesgo de género en cuanto al tratamiento. Se tiende a medicar con psicofármacos mucho más a las mujeres, tanto con diagnóstico de depresión, como sin él, reinterpretando cualquier malestar psíquico o somático como efecto de estar mentalmente alteradas, cosa que se hace con menor frecuencia con los hombres (OMS, 2001).

Los estereotipos que actúan para producir estos sesgos son, por un lado, el estigma mismo de la enfermedad mental. Estar `mal de los nervios' tiene una connotación negativa, como si se tratara de personas débiles y pusilánimes, que de algún modo son responsables de lo que les pasa y no están realmente enfermas. Sin embargo, el enfermo orgánico, está `realmente enfermo', no es responsable. La enfermedad orgánica es de prestigio y es la que legitima para pedir ayuda y consumir recursos sanitarios. Y, a su vez, actúan los estereotipos que desvalorizan la queja de las mujeres y la creencia de que es producto de su debilidad y de su dependencia afectiva. Asimismo, se las considera como mentalmente trastornadas con facilidad. Mientras que se considera a los hombres fuertes, que no se quejan sin razón y que, si les pasa algo, es por que deben estar `realmente enfermos'. En consecuencia, se deja caer sobre las mujeres con más frecuencia el diagnóstico estigmático de depresión,

que sobre los hombres, a los que se protege más del desprestigio (Rebeca Furhrer, 1995).

Por último, el tema del sesgo de género en la atención debe ser tratado con la máxima delicadeza, tanto hacia profesionales como hacia pacientes, porque todos actuamos en todos los aspectos de la vida imbuidos de nuestras representaciones y es del mismo modo en la práctica médica. Los imaginarios que tenemos en mente son producto de la sociedad del momento y son compartidos por todos, por lo que no se trata de culpabilizar a nadie por actuar subjetivamente, ya que absolutamente todas nuestras actuaciones son subjetivas, y son la inmensidad de las veces hechas con la mejor voluntad e intención.

Se trata de tener oportunidad de reflexionar con otros, con una ética de interrogarse por los propios actos, sobre cómo actuamos y qué nos motiva, para poder enderezar y elegir formas lo más justas y adecuadas posibles.

Es interesante un impacto no buscado de la investigación que refiere DéboraTajer (2003) en su estudio cualitativo. En las entrevistas en profundidad con los cardiólogos y cardiólogas, empezaba por ofrecerles las estadísticas de resultados sesgados en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico frente al infarto de miocardio6. Los cardiólogos y cardiólogas desconocían estos datos. Después, las largas entrevistas les permitían reflexionar sobre lo que podían estar haciendo para dar aquellos resultados. Y todo esto tuvo un efecto de sensibilizar a los profesionales participantes al problema del sesgo de género, de interesarse mucho por cómo resolverlo y de motivarse para buscar espacios de formación y de reflexión con otros profesionales para cambiarlo. La ética espontánea de médicos/as es el mejor recurso para controlar los sesgos.

Para detectar si el profesional está actuando con sesgo de género se puede orientar con algunas preguntas:

Preguntas clave:

¿Si esta paciente fuera hombre, con estos mismos síntomas ¿habría pensado en otro diagnóstico? ¿Le habría pedido otras pruebas? Y viceversa si este paciente fuera una mujer.

¿Se expresa la paciente como una mujer y eso me distrae o me cansa?

¿Se expresa el paciente como un hombre y eso me distrae o me cansa?

¿Las pacientes con este tipo de síntomas y de expresión me irritan y me frustran?

¿Me extrañaría que una mujer tuviera este tipo de enfermedad, que es más de hombres? Y viceversa.

9.4.3. Sesgos subjetivos

Son aquellos debidos a la posición subjetiva en que se coloca el sanitario o sanitaria al establecer la relación con el o la paciente.

Como dice Ronald Epstein', no existe `inmaculada percepción', porque todo mirar es intencional y está mediatizado por la forma en que nos afecta lo que podríamos ver, lo cual incita el deseo de ver una cosa u otra. Epstein relata un hecho comprobado: que el signo de Kerning (rigidez meníngea) en los hospitales es positivo más a menudo por las mañanas y mucho menos hacia las 4 horas de la madrugada. ¿Están más rígidos los cuellos durante el día que durante la noche? Explorado por qué ocurre esto, Epstein comprobó que cuando acude a urgencias un niño con cierta rigidez, y lo atiende un residente que aún no tiene buena práctica realizando punciones lumbares y sabe que si el Kernig es positivo, va a tener que despertar al adjunto y soportar que le mire de soslayo por no ser capaz aún de resolver esto solo, para que luego la punción sea negativa... la rigidez de este cuello le pone demasiado la proa y, no intencionadamente, sino influenciado, sin darse cuenta, por todo ese tropel de condiciones que apenas le pasa por la mente durante un segundo, el cuello no le parece tan rígido, el Kerning le parece negativo y puede volverse a valorar por la mañana. Es humano. Sabemos que ocurre. Mientras que si son las 12 del medio día, todo el mundo está disponible, el adjunto está trabajando y llega un niño con síntomas similares, cuesta mucho menos ver el Kerning positivo e indicar rápidamente la punción lumbar. La percepción no es inmaculada, está siempre manchada por las circunstancias. Y este es un sesgo subjetivo, motivado por la falta de experiencia del residente y su lógica inseguridad de principiante, pero produce, del mismo modo que otros sesgos, un menor esfuerzo diagnóstico que, por cierto, podría generar confusión en los resultados de un estudio que concluyera que los síntomas de meningitis son peores durante el día que durante la noche. Sería un error de resultados debido a ignorar el sesgo puramente subjetivo de lado del médico.

En cierto modo, los sesgos de género también son debidos a la percepción personal, pero nos referimos ahora a aquel sesgo procedente de la implicación de la relación intersubjetiva particular que se establece en cada caso, y que responde al papel del deseo no consciente del profesional.

Otro ejemplo de este tipo de sesgo es el popular síndrome del recomendado. Cuando atendemos a una persona conocida, o enviada por una persona conocida, ya sabemos que tenemos muchas posibilidades de que algo no salga bien. Y es porque la implicación subjetiva va a guiar nuestras actuaciones con más potencia que nuestra capacidad para aplicar los protocolos habituales. El sentirse observado por la persona que envía al paciente, el deseo de que no tenga nada grave, o el temor de que lo tenga, o el deseo imperativo de que no sienta dolor, o la tendencia a identificar a esta persona como una amiga y no como una paciente, son factores que conllevan la afectividad y deseos y motivan olvidos, omisiones y desenfoques del problema, que repercutirán en un peor resultado de la atención.

Estamos teniendo en cuenta la interacción biopsicosocial e incluyendo el funcionamiento de las identificaciones y las representaciones psíquicas como uno de

los motores de nuestros actos, como componentes inevitables de la relación con los y las pacientes que se vuelven significativos casi siempre. La identificación es un lazo con el otro cuando este tiene una resonancia afectiva. Decía Freud que la identificación es la manifestación más temprana de un enlace afectivo a otra persona' (Freud, 1921, OC, pág. 2585). Y en el encuentro con los y las pacientes se produce este lazo de forma instantánea. Qué identificación se establezca dependerá, en parte, de las características del/la paciente, de sus rasgos y de los afectos que ella transfiera inmediatamente al médico o médica.

Freud descubrió el hecho de que, a pesar de todos los esfuerzos por objetivar la individualidad del paciente,'... y sin que el médico se lo proponga, a todo tratamiento iniciado se le agrega en el acto, favoreciéndolo casi siempre, pero, a veces, contrariándolo, un factor dependiente de la disposición psíquica del paciente' (1921). Llamó a ese factor transferencia, porque el/la paciente transfiere sobre el sanitario o sanitaria, los afectos que corresponden a la identificación en que le coloca. Y del lado del sanitario, también hay disposición a colocarse de una forma u otra. Hay quien tiene más tendencia a ser paternal o maternal o amistoso... Y hay quien determinado tipo de paciente le provoca inmediatamente aversión o afinidad.

Por ejemplo, uno/a no puede pensar en un diagnóstico grave en una persona querida o en una persona con la que se identifica. Las actuaciones están sesgadas por quién es el paciente.

En definitiva, es necesario que el profesional se interrogue sobre estos aspectos subjetivos implicados en la relación con los y las paciente, que pueden producir sesgos en la atención, con resultados de distintos esfuerzos diagnósticos o terapéuticos.

Se trata de una ética en la clínica, que ya practican los y las profesionales, las más de las veces de forma intuitiva, ética de interrogarse por los propios actos y cómo repercuten en los resultados de la atención, pero incorporándolo regularmente como parte del método de atención biopsicosocial8.

Cuando el o la profesional identifica a la o el paciente con alguien significativo y queda captado por los afectos propios hacia esa persona a la que el paciente equivale, se pueden producir actuaciones en la clínica que se apartan de las necesidades del paciente, y que responden a lo que haríamos con aquella persona identificada. Esto es una fuente de sesgos subjetivos, que consisten en errores clínicos debidos a esta confusión de identificaciones.

Preguntas clave:

¿Este/a paciente me causa alguna reacción afectiva? ¿Me irrita, me produce compasión, me pone nervioso...?

¿Si fuera otro/a paciente, ya habría actuado yo de otra manera?

¿Me recuerda a alguien? ¿Me parece que lo identifico con alguien significativo para mí?

¿Me siento coaccionado/a por los sentimientos que me provoca?

¿Me parece que he pensado o actuado como si fuera esa otra persona que me sugiere?

9.5. MÉTODO DE REFLEXIÓN: ANÁLISIS BIOPSICOSOCIAL DE CASOS

El modo de reflexionar sobre las actitudes y los propios actos en la clínica para detectar los estereotipos y los sesgos que mediatizan la atención, es el análisis biopsicosocial de casos clínicos en el que se analiza la experiencia del encuentro con los y las pacientes. Se diferencian de la presentación habitual biomédica de casos en que, si en esta se trata de manejar los datos clínicos (síntomas, exploraciones, signos, diagnóstico diferencial, diagnóstico, tratamiento y evolución) eliminando lo más po sible aspectos no orgánicos, no objetivables y subjetivos, en el análisis biopsicosocial precisamente interesa incluir todas las circunstancias sociales y subjetivas implicadas en el caso, ya que trataremos de analizar los determinantes psicosociales y de género. Se incluye también el análisis de las demandas explícitas e implícitas del/a paciente y lo que le ocurre al profesional en la atención, es decir, lo que piensa y los afectos que le despierta la persona que atiende, y los actos a los que le lleva. Esta es la forma de analizar la relación sanitario/a-paciente.

Para todo ello, se trata de realizar sesiones de profesionales en grupo, con condiciones previas de confidencialidad, con un coordinador/a que cuide la dinámica grupal y con el acuerdo de cuidar también especialmente a los y las profesionales que presentan caso y exponen su práctica, incluyendo su implicación subjetiva en ello.

El o la profesional relata el caso oralmente, preferiblemente sin preparación previa, como se va recordando y sin buscar una exposición aséptica, sin excluir lo que vaya pensando o las expresiones de afectos que el o la paciente le provoca, incluidas sus vacilaciones ya que así, en su propio discurso aparecerán los elementos para descifrar las transferencias recibidas y lo que ellas han provocado.

Es necesario no cuestionar ni enjuiciar las actuaciones del profesional. El objetivo no es dirimir si es una buena o mala práctica, sino averiguar colectivamente qué ha ocurrido en el encuentro con el o la paciente, que aspectos psicosociales y subjetivos de la persona profesional y paciente han intervenido y qué efectos ha causado todo ello. La sesión clínica biopsicosocial se centra en el saber subjetivo del profesional y hay que respetar, escuchar y analizar ese saber en cooperación con el profesional, sin cuestionarlo.

Es también importante no realizar un análisis personal del profesional que presenta el caso, ni investigaciones, ni señalamientos personales. Ha de mantenerse el análisis en su espacio profesional. Esto no quiere decir que no se den impactos en lo personal

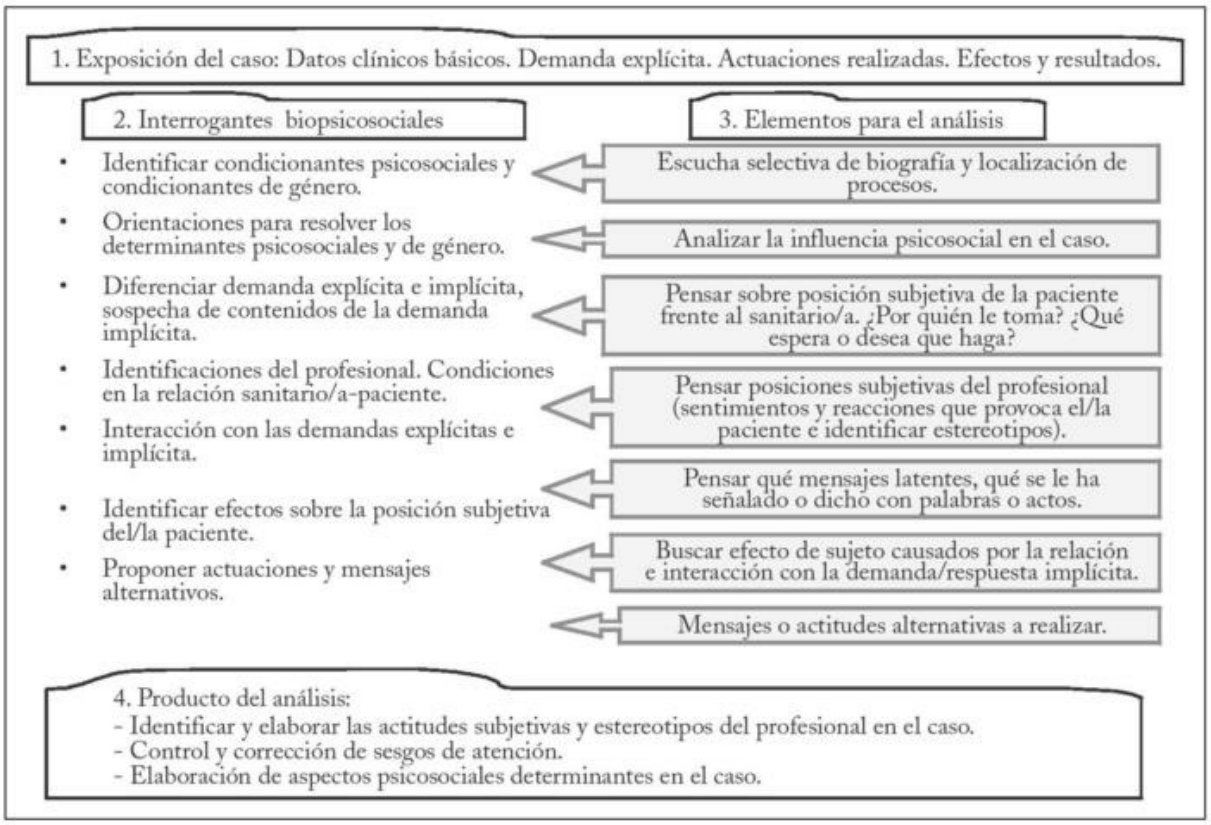
del profesional que presenta y del resto de participantes en la sesión. Son inevitables y son buenos efectos, porque son los que modifican actitudes para la práctica, pero se han de producir manteniéndose en el plano de lo profesional, evitando que se pueda convertir en una pseudoterapia de grupo.

El análisis del caso seguirá la siguiente secuencia del Esquema 10.

Un objetivo del análisis biopsicosocial del caso es seguir fa trayectoria del método de subjetivación del paciente que se ha aplicado. ¿Se ha localizado la determinación psicosocial? ¿Qué efectos se han causado en el/la paciente? ¿Cómo se puede continuar una estrategia en el/la paciente? ¿Cómo se puede continuar una estrategia de cambio?

Las sesiones biopsicosociales son, además, un espacio necesario para el cuidado de los y las profesionales que con este método se exponen a una relación implicada con los y las pacientes, para la que es necesario contar con la cooperación de otros profesionales con los que elaborar las dificultades y angustias propias de la relación integral.

ESQUEMA 10. Andlisis biopsicosocial de casos



9.6. CAPACITACIÓN SOBRE GÉNERO Y SALUD

Es necesaria formación y capacitación complementaria para aplicar este enfoque de género.

Por una parte, el marco biomédico es insuficiente y se requiere acercamiento a los marcos teóricos compatibles con género y salud.

Se trata de incorporar el concepto de salud integral, que incluya el uso de criterios sobre la enfermedad procedentes del contexto social y de la subjetividad, es decir, una comprensión biopsicosocial. Si bien este concepto fue fundacional de la Atención Primaria de Salud, lo cierto es que su aplicación ha decaído hasta quedar en una declaración de intenciones que no se llega a poner en práctica. En parte, es debido a que el concepto de salud, y los instrumentos teóricos que requiere, no son fácilmente compatibles con la medicina biologicista y tecnológica que viene ganando la batalla desde finales del siglo xx. Para aplicar el enfoque de género en la clínica, es necesario recuperar con firmeza este marco conceptual, porque los determinantes de género no son biológicos, sino psicosociales.

Es necesario acceder a la teoría de la subjetividad. Por una parte, para poder intervenir en el cambio de actitudes de los y las pacientes y de los efectos que su situación social y sus vivencias causan sobre la enfermedad. Y por otro, para abordar la relación sanitario-a/paciente, o el vínculo asistencial, incluyendo las vivencias subjetivas que el proceso asistencial le causa, tanto al paciente como al sanitario o sanitaria. Al pa ciente, porque en el vínculo con el sanitario es donde puede cambiar sus actitudes; para el profesional, porque en sus reacciones subjetivas residen las causas de una parte de los sesgos de género en la atención.

Y por último, es necesario capacitarse sobre los conceptos de género y cómo este actúa sobre la salud.

Una iniciación a estos marcos es lo que se ha intentado en los capítulos anteriores.

Además, es conveniente formación sobre las patologías prevalentes que son mcís sensibles al género. Estas son las que están muy condicionadas por los determinantes de género y, por tanto, intervenir sobre esos determinantes consigue mejorar la eficiencia. Y, además, porque son proclives a sesgos en la atención, por lo que visibilizar y modificar estos sesgos, producirá mayor gradiente de equidad.

Estos procesos son variables en unos contextos y otros, y también variarán según el avance del conocimiento sobre los determinantes. Pero en este momento, las principales patologías prevalentes en las consultas de primaria, y sobre las que se conoce suficiente como para priorizar la intervención sobre los determinantes y los sesgos de género son:

-Salud mental.

-Dolor crónico.

-Enfermedades cardiovasculares.

-Enfermedades endocrinológicas y autoinmunes

-Embarazo, parto, postparto, aborto provocado, anticoncepción.

-Reproducción asistida.

-Menopausia.

-Infecciones de transmisión sexual (ITS) y sida.

Bajo el enfoque de género, no es del todo lógico trabajar por patologías o procesos. La visión de los procesos de salud/enfermedad se realiza por etapas del ciclo vital que junto a los aspectos biológicos de cambios corporales (como puede ser la menarquia o la menopausia, o una enfermedad cardiaca...), integran los procesos psicosociales que acompañan al momento vital y donde se producen los determinantes asociados a aquellos procesos biológicos. De este modo el abordaje es integral, biopsicosocial. Por ello, se pueden re-enunciar los procesos prioritarios insertos en el ciclo vital:

-Edad adulta y madurez: salud mental, dolor sin causa orgánica, enfermedades cardiovasculares, enfermedades endocrinológicas y autoinmunes, menopausia. Incluyendo los determinantes: sobrecarga de cuidadora, malos tratos de la pareja, doble y triple jornada laboral, conflictos de pareja,...

-Ciclo sexual y reproductivo: anticoncepción, reproducción asistida, embarazo, parto, post-parto, aborto provocado, ITS y sida. Incluyendo los determinantes de ideales conflictivos de feminidad y masculinidad, procesos de roles de género, roles multifuncionales, contradicciones en paternidad/maternidad,...

-Adolescencia: salud mental (trastornos de la alimentación, de personalidad, de ansiedad y depresión, somatizaciones), anticoncepción, maternidad prematu ra, aborto provocado, ITS y sida. Con los determinantes de modelos contemporáneos de género: colisión con roles tradicionales, empuje al éxito sexual, competitividad, nuevos modelos de convivencia...

La selección de estos procesos es orientativa y no implica que no se preste también atención a otros momentos del ciclo vital como la vejez o la infancia, y a otros procesos de impacto en la salud.

La práctica clínica con enfoque de género requiere, además de formación, una capacitación, en el sentido de desarrollar capacidades personales para manejarlo. Esto es porque el género es un marco conceptual que podríamos llamar `caliente' en el sentido de que puede generar conflictos. Se inmiscuye en posiciones personales relacionadas con las relaciones íntimas y la sexualidad y con vivencias de alto impacto afectivo. Es constante que en los cursos en que se trata el tema, los y las profesionales reconozcan que cada concepto que se trabaja produce reflexiones y sugerencias personales. Incorporar los determinantes de género en la clínica, implica que hay que tratar con los y las pacientes sobre sus formas de vida y relaciones entre los sexos, lo cual concierne también indefectiblemente al profesional como persona, por ello es necesario que se haya reflexionado sobre las posiciones que uno mantiene

al respecto.

Además, el género favorece la circulación de posiciones ideológicas, que también lo convierten en un tema que puede producir cálidas reacciones.

La capacitación debe comprender entonces, sensibilización y auto-reflexión sobre las actitudes de sanitarios/as en el enfoque y relación con los y las pacientes. Además, para resolver los estereotipos sociales que pueden actuar produciendo sesgos de género.

Por todo ello, la formación debe realizarse con métodos docentes dinámicos, que permitan circular y dar cauce a los conflictos que esta formación misma provoca. Resultará capacitación, cuando el o la profesional sea capaz de aplicar lo aprehendido, para lo cual tiene que haber podido resolver los conflictos y que el método esté en armonía con sus actitudes.

9.7. CONTROL Y EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Como plantea Margaret Whitehead (1994) en el informe sobre equidad y ética en la sanidad, forma parte de esta ética que el sanitario/a sepa si su atención está resultando accesible, si está permitiendo expresarse a la y el paciente, si estos le entienden, si tienen bastante información, si están participando en las decisiones, si es de calidad (si causa efectos y es efectiva y eficiente), si tiene controlados los sesgos, si profundiza o resuelve desigualdades. En definitiva, se trata de evaluar la calidad de la atención y revertir puntualmente la información a los profesionales asistenciales.

IV. LA SALUD MENTAL. UN ANÁLISIS DE GÉNERO

Los problemas que llevaban a las mujeres a tratamiento en los años 50, giraban en torno a la sexualidad... (repugnancia a las relaciones sexuales y frigidez), necesidad desesperada de encontrar marido y problemas en la crianza de los hijos. En los años 70... eran conflictos entre identidad profesional e identidad individual, divorcio, relaciones extramatrimoniales y evitación de matrimonio, por considerarlo una trampa.

RUTH MOULTON, psiquiatra psicoanalista, 1976

Ya que está ampliamente comprobado que las tasas más altas en mujeres que en hombre de estrés emocional, ansiedad y algunos tipos de depresión y trastornos psicofisiológicos, están conectados con el hecho de que las mujeres encuentran sus posiciones en la sociedad moderna más estresantes y menos gratificante que los hombres, nosotros esperamos que este exceso disminuya con la extensión de roles femeninos más comparables con los de los hombres.

RONALD C.KESSLER, 1981

La salud mental es un proceso relevante y de atención prioritaria en las sociedades desarrolladas. Los trastornos mentales son las enfermedades paradigmáticas del desarrollo. Su frecuencia en la población es creciente y pronto serán el primer proceso en la carga de morbilidad mundial (OMS, 2001).

Además, el análisis de la salud mental es sensible a la mayoría de las categorías de análisis de género: existen importantes diferencias en la forma de enfermar de mujeres y hombres; buena parte de estas diferencias por sexos, se deben a desigualdades sociales y de género; las enfermedades mentales son aún estigmáticas y, tanto la población como los y las sanitarias, están influidos por estereotipos sociales que favorecen potentes sesgos de género en la atención con resultados de inequidad; las alteraciones en el proceso de salud/enfermedad mental están determinadas por factores biopsicosociales. Por todo lo cual, podemos decir que la salud mental es un proceso altamente sensible a la intervención con enfoque de género.

Los procesos psicosociales de vulnerabilidad de género, parecen tener mucho peso en el hecho más robusto de la epidemiología psiquiátrica: este es que las mujeres tienen peor salud mental que los hombres. A esta diferencia parecen contribuir diferencias de género en el modo de vivir, de enfermar, de experimentar la enfermedad, en la forma de búsqueda de ayuda y de consulta y también en la forma de ser atendidos, diagnosticados y tratados las mujeres y los hombres. Y, por último, la promoción de salud mental, la prevención y el tratamiento se benefician de aplicar

métodos con enfoque de género que impacten y modifiquen los correspondientes procesos psicosociales determinantes y también corrijan las causas de que los y las profesionales actúen sesgadamente en la atención.

Por todo ello, se ha tomado el caso de la salud mental para aplicar un análisis de género, con la intención de que pueda servir de ejemplo y puesta en práctica de las teorías y métodos que se han tratado en las partes anteriores de este libro.

Localizamos el problema en España' para poder realizar el análisis epidemiológico y los demás aspectos en un contexto determinado abarcable, al menos en alguna medida.

A lo largo de los siguientes Capítulos, se va revisando este proceso de salud, siguiendo las pautas metodológicas que se han planteado en la tercera parte.

En resumen, lo más desatacado del análisis:

-Los trastornos mentales más prevalentes son los trastornos mentales comunes, con una prevalencia de 23% en mujeres y 16% en hombres. En los hombres son los trastornos por consumo de sustancias. Les siguen en importancia, por su prevalencia y gravedad entre niños, adolescentes y jóvenes, los trastornos de conducta en ellos, y los trastornos de la conducta alimentaria en ellas. En último lugar, con una prevalencia mucho más baja, están los trastornos mentales graves, de prevalencia similar en ambos sexos (2,5% a 3% de la población), aunque con evolución y consecuencias más graves en hombres.

-Las mujeres tienen peor salud mental positiva, mayor riesgo de mala salud mental, mayor frecuencia de trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad, somatizaciones y síntomas somáticos y dolor sin causa orgánica), acuden más a los servicios sanitarios generales y consumen más psicofármacos que los hombres, a todas las edades, menos en la infancia (hasta los 15 años), en que los niños tienen más trastornos de conducta y consumen más psicofármacos.

-La salud mental muestra un perfil dicotómico por sexos: las mujeres padecen depresión, ansiedad y somatizaciones y consumen ansiolíticos y antidepresivos del doble al triple que los hombres (según los grupos de edad), y los hombres padecen trastornos por adicción y consumo de sustancias el quíntuple que las mujeres en algunos grupos de edad, y mayor frecuencia de suicidios. Esta dicotomía está construida por las diferencias en la forma de enfermar, por las diferencias en procesos de vulnerabilidad psicosocial y de género que afectan a ambos sexos, por la forma de manifestar la enfermedad y de búsqueda de ayuda de mujeres y hombres, y también por sesgos de género en la atención con distintos esfuerzos diagnósticos y terapéuticos. Por estar tan determinados por factores de género, esta dicotomía puede ser considerada un trazador del perfil de género, y tomarse como un posible indicador de cambios en las condiciones de género que determinan los trastornos de salud mental.

-La visión sobre la salud mental sufre un estereotipo debido a que se tiende a equiparar enfermedad mental a trastornos mentales graves y sufridos por los hombres. Invisibilizándose el verdadero perfil: el mayor peso de la mala salud mental es por trastornos mentales comunes, y son el doble en mujeres.

-Los trastornos mentales comunes están determinados por procesos psicosociales y los de mayor frecuencia son debidos a modos de vida de género. Varían según el momento del ciclo vital, pero los procesos y acontecimiento enfermantes más frecuentes se pueden resumir en: cargas del rol tradicional de género y cuidado, conflictos de pareja y separaciones, conflictos con hijos e hijas, duelos y violencia de género en mujeres; conflictos de pareja y separaciones, problemas en el trabajo y problemas con los hijos e hijas en los hombres. Todos ellos empeoran en las clases sociales desfavorecidas, en nivel de estudios menor, en precariedad laboral o trabajo de ama de casa en mujeres y en inmigrantes.

-Los trastornos mentales comunes retroactúan sobre la salud física. Estados de poca vitalidad psíquica, pesimismo, ansiedad y depresión son factores que aumentan las probabilidades de padecer determinadas enfermedades orgánicas, especialmente las cardiovasculares, pero también cefaleas, enfermedades osteomusculares, digestivas, respiratorias, del sistema nervioso central, así como accidentes y suicidio. La depresión está asociada a una tasa de mortalidad de similar nivel a la asociada al tabaco

-Se sugiere la extensión de psicoterapias para aumentar la calidad de la atención y disminuir el uso de psicofármacos. Además se proponen que se proporcione métodos de modelo biopsicosocial, re-socialización y transformación personal y social en los servicios de atención primaria, donde podrían resolverse las demandas de transtornos mentales comunes y malestar si se contara con tales métodos. Métodos que intervengan en los procesos psicosociales y de género determinantes. Que potencien los factores protectores para la salud mental, que serían aumento de autonomía, empoderamiento, búsqueda de espacios, tiempos y proyectos propios de las mujeres; socialización y participación social; relaciones igualitarias entre los sexos.

-Se sugieren que se pongan en valor y extiendan los grupos de resocialización, terapéuticos y de apoyo de mujeres en servicios sociosanitarios.

Capítulo 10

Caracterización de la situación de la salud mental en España

10.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DIFERENCIAL POR SEXOS

Siguiendo el principio de que la unidad mínima de observación y análisis no es la persona, sino las mujeres y los hombres, se revisa la información epidemiológica de las categorías componentes del proceso de salud mental: salud mental positiva, riesgo de mala salud mental de la población, situación de los trastornos mentales comunes y trastornos mentales graves, y las variaciones por sexos, ciclo vital y algunos factores de estratificación social.

10.1.1. Salud mental positiva

Se puede valorar la salud mental de la población en sentido positivo, antes de valorar el desequilibrio con la aparición de la enfermedad mental. Basada en el informe de Eurobarometer 20021, mediante encuesta a población general de diversos países europeos, ya aparece el hecho que se mostrará más constante: es peor para las mujeres que para los hombres. Como se expone en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud:

> ... la salud mental positiva (medida como bienestar psicológico y energía y vitalidad percibidos), que abarca las dimensiones de autoestima, autocontrol, optimismo y sentido de la coherencia, que serían aspectos para la promoción de la salud mental, según el Eurobarometro, España es el país europeo investigado que presenta el nivel más alto de salud mental positiva, pero en España los hombres obtienen puntua ciones significativamente más altas que las mujeres, diferencia que se mantiene en todos los países (2006, pág. 40).

Eurobarómetro aporta información sobre el estado de salud mental (tanto positiva - cuestionario EVI, sobre energía vital-, y cuestionario MHI-5 - para problemas de salud mental-, asociado a estado civil y convivencial. Es peor el estado de salud en personas viudas y divorciadas, algo mejor en las que conviven en pareja o está casadas y el mejor en solteras. Por situación laboral, es peor en jubiladas y desempleadas; y mejor cuanto mayor apoyo social, encontrándose ya una asociación muy consistente entre estos factores sociales y la percepción y estado de salud mental. Lamentablemente, aún en este alto nivel de investigación europeo, estos datos de factores sociales asociados no se ofrecen desagregados por sexos, por lo que no se pueden utilizar para análisis de género.

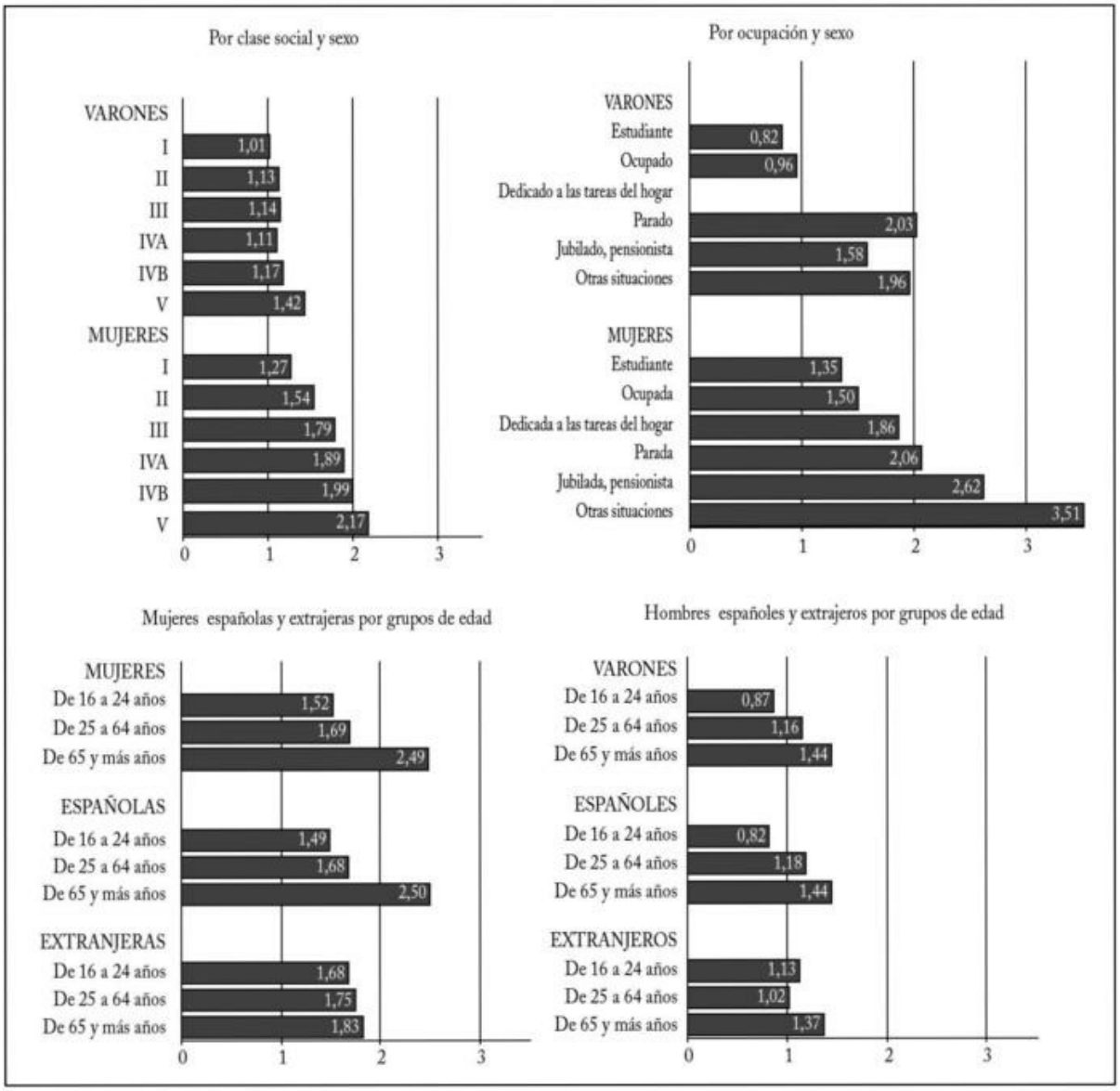
10.1.2. Riesgo de mala salud mental

En España, está en riesgo de mala salud mental el 21,3% de la población, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2006, valorada por medio del Cuestionario GHQ12 (forma abreviada del Cuestionario de Salud General GHQ para detectar trastornos psíquicos en población general). La frecuencia es casi el doble en mujeres que en hombres (27% y 15,6% respectivamente), diferencia por sexos que se reproduce a todas las edades excepto en la infancia, apareciendo de nuevo esta inversión por sexos, de 4 a 15 años, los niños tienen mayor riesgo de mala salud mental.

La ENS 2006, sí ofrece desagregados por sexos absolutamente todos los datos, lo cual es un valioso avance sobre ENS anteriores, y sobre otros estudios de población europeos, producto de la permeabilidad que se ha producido a la perspectiva de género. Y se observa que, manteniéndose siempre mayor riesgo para las mujeres, este aumenta a mayor edad, cuanto más baja clase social, peor para hombres y mujeres jubilados y desocupados, y después peor para mujeres que se dedican principalmente a las tareas del hogar (no ha habido hombres en esta categoría en la encuesta); siguen para las mujeres jóvenes y adultas extranjeras, las cuales tienen peor índice, tanto en relación a los hombres jóvenes españoles como a las mujeres jóvenes y adultas españolas. Es decir, el perfil que muestra el índice de mayor riesgo de mala salud mental es el de las mujeres españolas adultas y mayores de clase social baja, seguido de las mujeres jóvenes extranjeras, en definitiva un perfil de mayor riesgo por sexo, edad y país de origen (Figura 1).

En estudios de población se mantiene este hecho de mayor vulnerabilidad de las mujeres y de aquellas en condiciones socioeconómicas más precarias. Es una diferencia debida a las desigualdades sociales asociadas a factores de género. Analizaremos un poco mas adelante el potencial explicativo de los modos de vida de género, para esta mayor vulnerabilidad de las mujeres al malestar mental.

FIGURA 1.-Indice de salud mental en población adulta (mayor de 16 años). Distribución de puntuación media de 0 a 12 (*) por clase social, ocupación, nacionalidad, grupos de edad y sexo



* Los valores de la variable «Salud mental en población adulta» oscilan entre 0 y 12 puntos, de mejor salud mental (0) a peor salud mental (12).

Fuente. MSC, Encuesta Nacional de Salud, 2006. Gráfico de elaboración propia.

10.1.3. Trastornos mentales comunes (TMC)

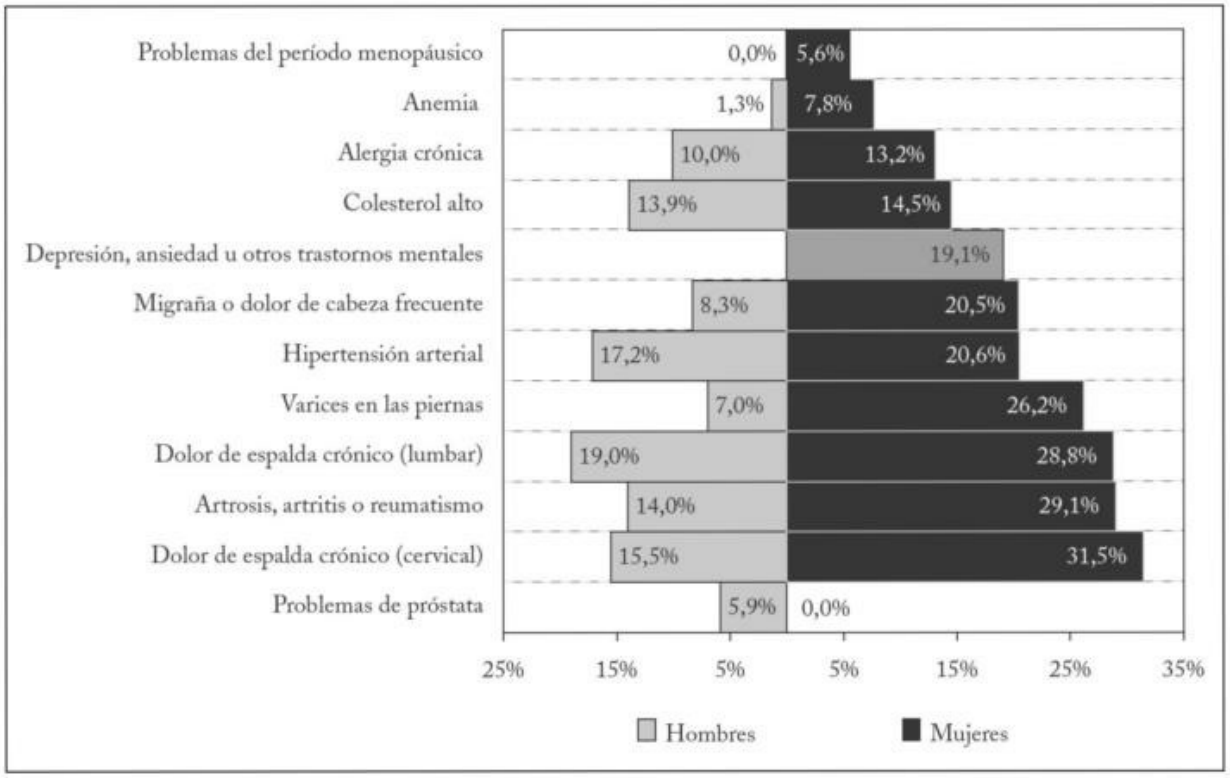
Existen dos tipos de enfermedades mentales cuya diferencia es muy trascendente: los llamados trastornos mentales comunes, que abarcan aquellos que pueden ser tratados en servicios no especializados y que puede padecer cualquier persona en un momento dado de su vida, sin que exista una predisposición orgánica o constitucional previa, asociados a las condiciones del contexto social y las formas subjetivas de experimentar los acontecimientos y que se pueden curar. Las entidades que se suelen incluir como TMC son los trastornos del estado de ánimo (depresión y distimia) y los trastornos de ansiedad. Y, por otra parte, están los trastornos mentales graves (TMG) - esquizofrenia, trastorno bipolar, obsesivo-compulsivo y otros trastornos psicóticos -. La repercusión en el desarrollo personal, la calidad de vida, las posibilidad de

curación y las necesidades de atención de los TMG, son completamente diferentes, así como su frecuencia en la población que es mucho menor que la de los TMC. Por esto conviene diferenciar su análisis.

Se constata que los problemas de salud mental comunes afectan más a las mujeres que a los varones, lo cual es uno de los hallazgos más robustos de la epidemiología psiquiátrica (Marco Piccinelli, 1997; OMS, 2006) y este hecho se observa en todos los países europeos (Marco Piccinelli, 2000).

La Encuesta Nacional de Salud 2006, agrupa la categoría de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales crónicos. Los declaran el 13,75% de la población mayor de 16 años, pero los declaran más del doble las mujeres (19,12%) que los hombres (8,17%). En el conjunto de los problemas de salud de la población, se sitúan en quinto lugar (después de dolores músculo-esqueléticos, varices, hipertensión arterial y dolores de cabeza para las mujeres, y para los hombres, por detrás también del colesterol alto y alergias crónicas) (Figura 2).

FIGURA 2.-Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población adulta (16 años y más. Distribución porcentual por sexo. ENS 2006



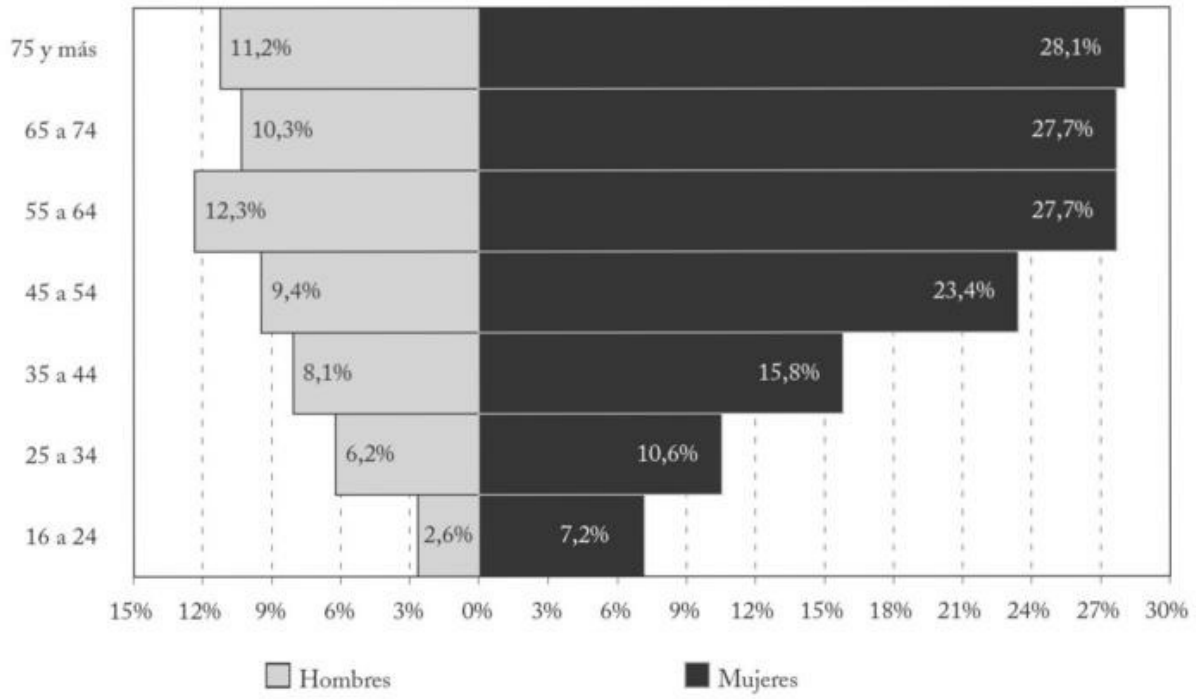
Fuente: MSC, Encuesta Nacional de Salud 2006. Gráfico de elaboración propia.

Destaca que son padecimientos con un notable gradiente diferencial por sexos, es decir, que son declarados casi el doble por las mujeres que por los hombres.

La diferencia se mantiene en todos los grupos erarios y aumenta con la edad,

pasando del 7,2% en las jóvenes hasta 24 años, al 27,7% en las mujeres maduras (Figura 3).

FIGURA 3. Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en los últimos 12 meses, por grupos de edad y sexo (Población mayor de 16 años). ENS, 2006



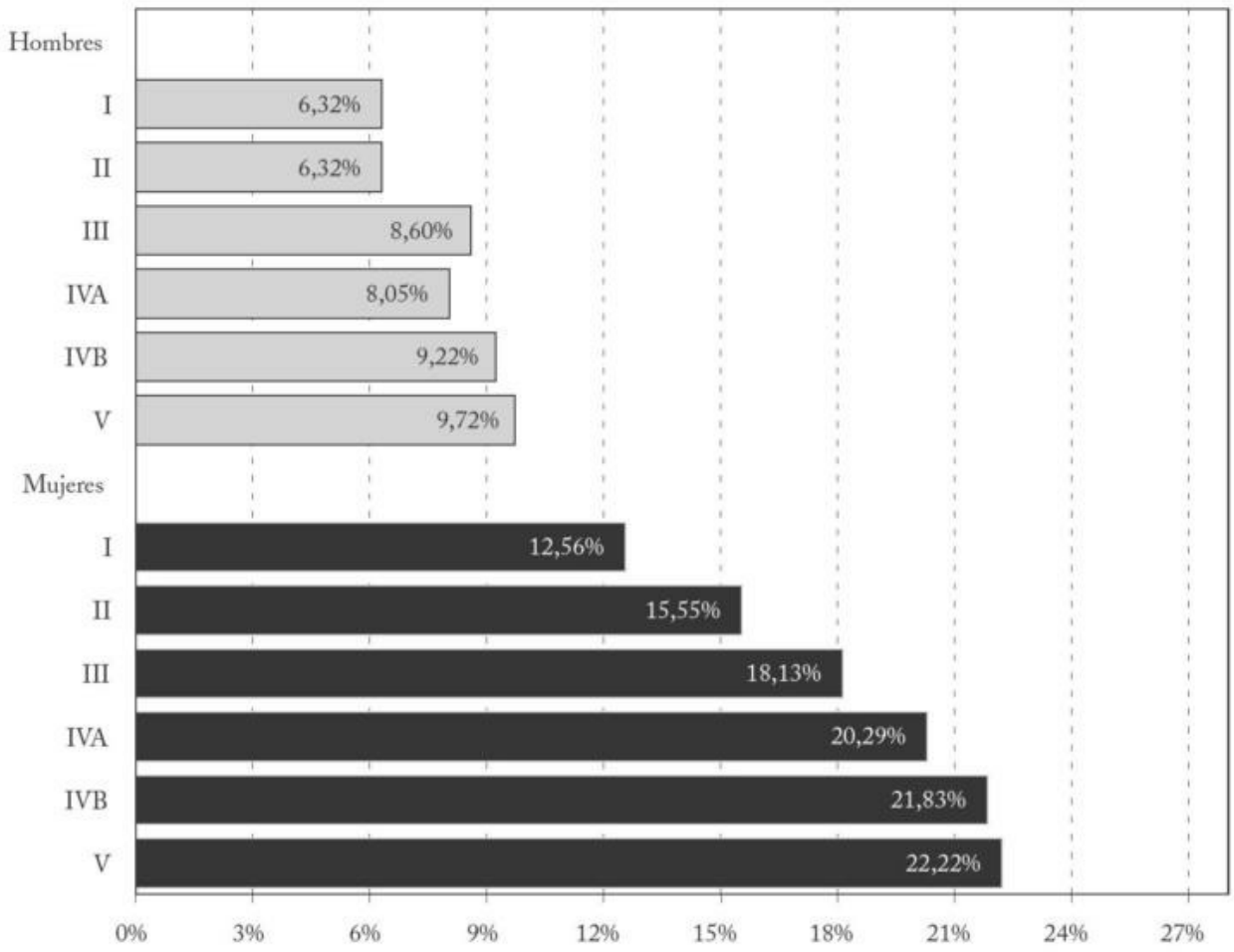
Fuente: MSC, Encuesta Nacional de Salud 2006. Gráfico de elaboración propia.

Esta categoría comprende cualquier trastorno mental, incluso trastornos mentales graves (TMG), algunos de los cuales son más frecuentes en los hombres, sin embargo, debido a que la prevalencia en la población de estos TMG es muy baja, frente a la mayoría de trastornos que son los comunes, no modifica la mayor frecuencia en las mujeres de trastornos mentales en conjunto.

Comprobando la distribución por factores socioeconómicos, en la Figura 4, siguiendo con datos la ENS 2006, se observa cómo la prevalencia de depresión, ansiedad y otros trastornos mentales crónicos, es peor cuanto más desfavorecida es la clase social y este gradiente de clase es también más acentuado en las mujeres que en los hombres. Este hecho ya ha sido constatado antes en otros estudios (Lucía Artazcoz, 2005; Maica Rodríguez y cols., 2006).

Del mismo modo, la prevalencia es mayor cuanto menor nivel educativo, en situaciones laborales desocupados/as, y en el caso de las mujeres, en amas de casa, categoría de mayor riesgo que no se encuentra en hombres (Pilar Brugulat y cols., 2001; Maica Rodríguez y cols., 2006).

FIGURA 4.-Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en los últimos 12 meses por sexo y clase social (Población mayor de 16 años). ENS, 2006



Clase sociales según clasificación de la SEE, 1995:

1. Directivos de la Administración Pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.

II. Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas a una titulación de primer ciclo universitario. Técnicos y profesionales de apoyo. Artistas y deportistas.

III. Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales.

IVa. Trabajadores manuales cualificados.

IVb Trabajadores manuales semicualificados.

V.Trabajadores no cualificados.

Fuente. MSC, Encuesta Nacional de Salud, 2006. Gráfico de elaboración propia.

Entre población extrajera, también las mujeres extranjeras tiene mayor frecuencia de trastornos mentales que los hombres extranjeros, aunque no peor que las mujeres

españolas.

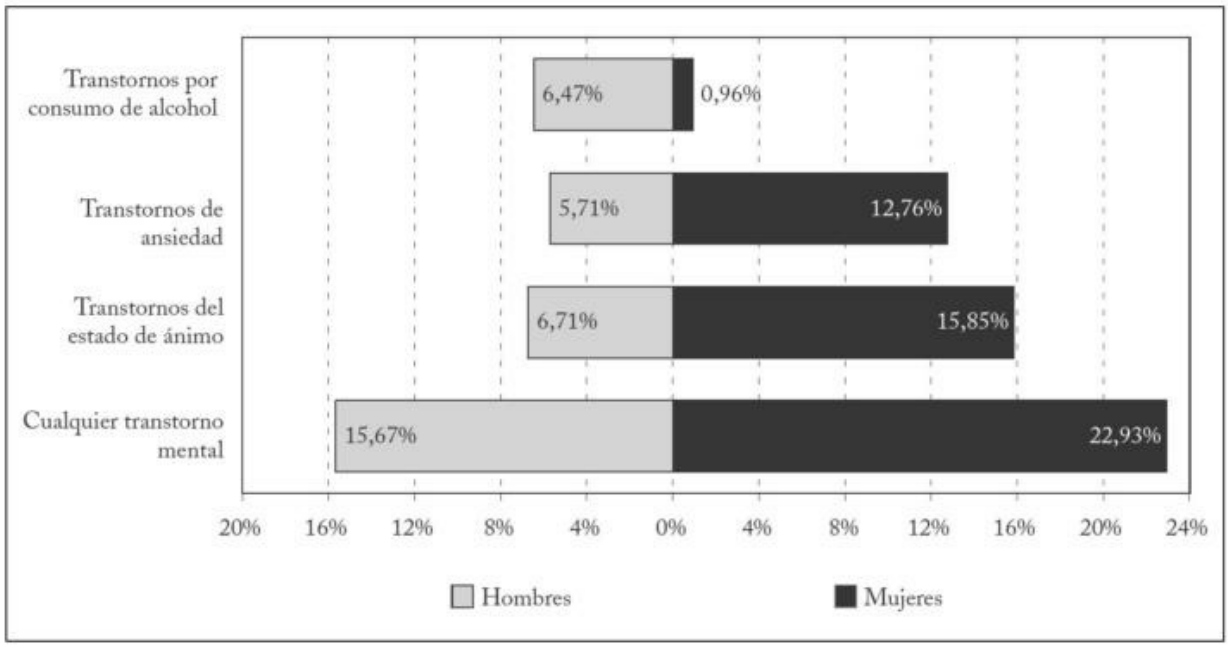
Desigualdades socioeconómicas y desigualdades de género se potencian mutuamente para empeorar la salud mental, al igual que en otros aspectos del estado de salud (Izabella Rolfsh y cols., 2000; OMS, 2008).

Interesa revisar otra fuente de datos reciente y relevante. Dentro de la Iniciativa de la Organización Mundial del la Salud, para estudiar la prevalencia de los trastornos mentales en el mundo, el European Study of the Epidemiology ofMental Disorders (ESEMED), ha investigado estas prevalencias en Europa2.

Italia y España son los países europeos donde las mujeres tienen un mayor riesgo de padecer un trastorno mental en los últimos 12 meses (OR = 2,34 en España y OR = 2,57 en Italia) (ESEMeD/MEDEHA, 2000, citado en ESM, 2006, pág. 46).

Si antes, los peores índices de salud mental positiva en Europa, según Eurobarometer, correspondían a Portugal e Italia, ahora el mayor riesgo de las mujeres de padecer un trastorno de salud mental, entre Francia, Países bajos, Bélgica, Alemania, España e Italia, corresponde a estos dos últimos países. Y aunque no existe investigación en este sentido, hace falta pensar qué explicaciones del contexto social y de género - han de existir explicaciones de género ya que la diferencia es por sexos-, pueden subyacer bajo esta mayor vulnerabilidad de las mujeres en estos países. En cuanto al contexto, uno de los puntos en común es la cultura latina. En ella, los modelos de género han sido, y siguen siendo, más tradicionales y han cambiado menos las condiciones sociales que faciliten la autonomía de las mujeres y el contexto social de relaciones de género, que es menos igualitario que en los países del centro y norte europeo. Estos factores de género tradicional son de mayor vulnerabilidad para las mujeres.

FIGURA 5.-Prevalencia-vida de grupos principales de trastornos mentales comunes y consumo de alcohol siguiendo criterios DSM-IV (Datos ponderados a la población española)



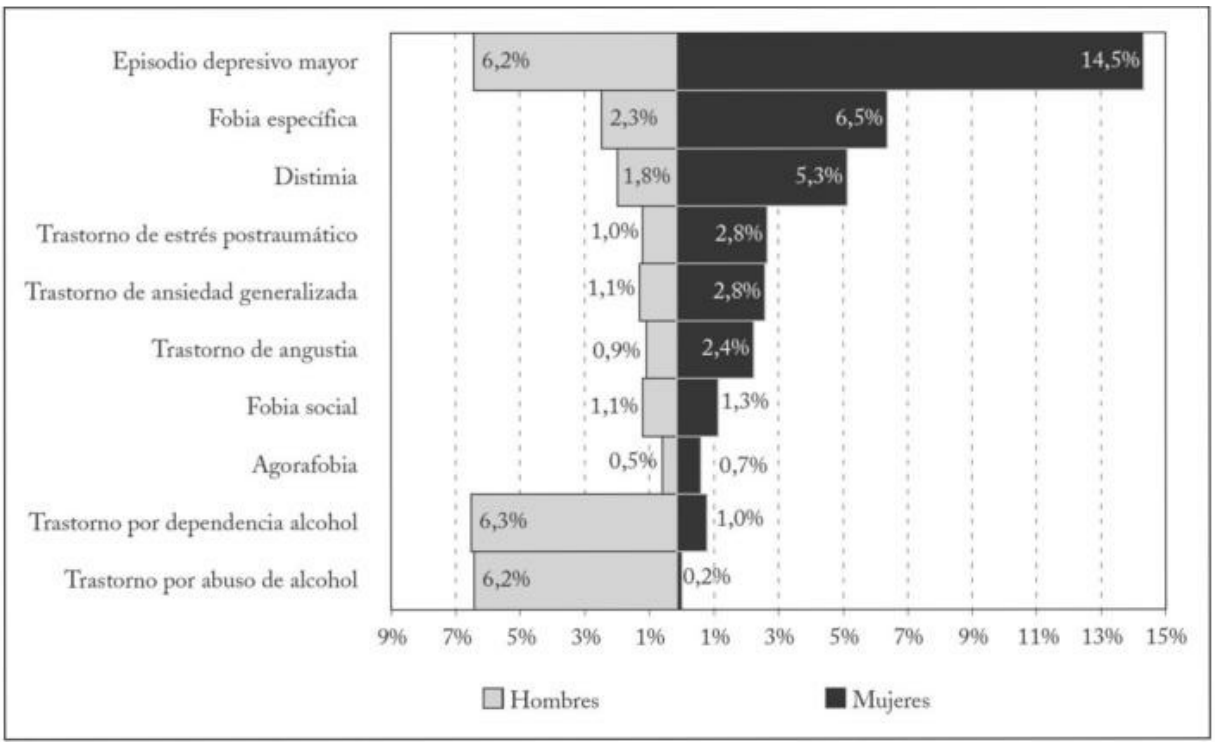
Fuente: J.M.Haro y cols., ESEMED, 2006. Gráfico de elaboración propia.

Se estima para España (ESEMED de JM. Haro y cols., 2006) una prevalenciavida de trastornos mentales en la población de 23% en las mujeres y 16% en los hombres. Tanto ansiedad (12,7% en mujeres y 5,7% en hombres) como trastornos del ánimo (15,8% en mujeres y 6,7% en hombres) son el doble de frecuentes en mujeres. Pero los trastornos por consumo de alcohol son más frecuentes en hombres (0,9% mujeres, 6,5% hombres). Para ellos, el consumo de alcohol tiene casi la misma frecuencia que la ansiedad y trastornos de ánimo (Figura 5).

Los trastornos detallados más frecuentes son el episodio depresivo mayor (prevalencia - vida de 14,47% en mujeres, 6,29% en hombres); trastornos de ansiedad (12,76% en mujeres, 6,20% en hombres), la fobia específica (6,54% en mujeres, 2,32% en hombres), la distimia (5,28% en mujeres, 1,85% en hombres), todos del doble de frecuentes en mujeres y, en cambio, el abuso del alcohol es cinco veces más frecuente en hombres (0,96% en mujeres, 6,47% en hombres) (Figura 6).

En síntesis, en España, según las encuestas de población anteriores, se estima que la probabilidad de presentar un trastorno mental común es mayor en las mujeres en todos los grupos de edad a partir de 16 años, probabilidad que aumenta entre ellas con la edad, en las clases sociales más bajas, en los grupos de población de menor nivel de estudios y en los desempleados de ambos sexos y en mujeres amas de casa y en las mujeres jóvenes inmigrantes.

FIGURA 6.-Prevalencia-vida de principales trastornos mentales comunes y consumo de alcohol siguiendo criterios DMS-IV (Datos ponderados a la población española)



Fuente: J. M Haro y cols., ESEMED, 2006. Gráfico de elaboración propia.

10.1.4. Depresión, ansiedad, somatizaciones y dolor en atención primaria

El campo de los TMC, puede ser más amplio que los trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad. Simon Gilbody (2007), en su participación en el libro de OMS que ha marcado las líneas políticas y prácticas en Salud Mental para Europa, plantea que se deberían incluir otros cuadros en el grupo de los trastornos mentales comunes, siguiendo el criterio de alta frecuencia de presentación en atención primaria, donde pueden atenderse sin llegar a derivar a especializada, siendo además cuadros que se solapan unos con otros, no sólo en términos de comorbilidad, sino por solapamiento de síntomas comunes que hace difícil discernir diagnósticos diferentes. Propone que las somatizaciones diversas se incluyan expresamente en los TMC, y los trastornos de la conducta alimentaria, además de otros trastornos que se pueden resolver espontáneamente, pero que producen síntomas que generan frecuentes demandas en los servicios, como duelos y trastornos de adaptación. Esta visión ampliada corresponde a una visión de la salud mental no tan acoplada a los diagnósticos psicopatológicos, sino a comunes manifestaciones del sufrimiento, sin dar tanta importancia a la clasificación psiquiátrica, sino al malestar expresado de diversas formas, tanto mentales como somáticas. Podemos llamar a este conjunto de padecimientos manifestaciones del malestar de las mujeres, sin temor a que sea demasiado indefinido, ya que cualquier profesional familiarizado con la asistencia primaria y de salud mental, reconoce claramente en este término, los cuadros clínicos más prevalentes en mujeres que demandan en los servicios3 Esta perspectiva resulta inclusiva y se adapta mejor a las distintas manifestaciones de los trastornos mentales en mujeres. Y, desde el enfoque de género, es necesaria sensibilidad a las formas de presentación del malestar, que debe ser pensado en términos de su relación con el

contexto social y la experiencia psicosocial. Plegándose a la psicopatología, se invisibiliza la producción cultural de la enfermedad en la que se inserta el análisis de género.

Por ello, a continuación revisamos la presentación de los trastornos mentales comunes, en sentido ampliado y la presión que ejercen sobre los servicios de atención primaria.

Se calcula que entre el 30% y el 60 % de todas las visitas en atención primaria son debidas a síntomas para los que no se encuentra causa orgánica (José Luís Vázquez Barquero, 1990). En Dinamarca, cerca del 20% de los usuarios de servicios de salud no tienen un trastorno físico y en Alemania, el 52% de las personas derivadas padecen síntomas médicamente inexplicados (Chaichana Nimnuan y cols., 2001). Una parte de ellos - entre un décimo y un cuarto, según Kart Kroenke y Mangelsdorff (1989)-, corresponderán al diagnóstico de una etiología orgánica, pero el resto son considerados componente somático de un trastorno mental y, tras añadirse criterios referidos a estados anímicos, son diagnosticados como estados depresivos, trastornos de ansiedad y somatización o trastornos somatoformes, siguiendo los criterios de clasificación psiquiátrica del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Una buena parte, de magnitud no conocida, de los síntomas somáticos sin causa orgánica que aparecen en primaria, quedará en la categoría de síntomas sin explicación médica, sin diagnóstico, y engrosando las estadísticas de pacientes que acuden «sin enfermedad» o con «signos y síntomas mal definidos». Esta última categoría se presenta en el 13% de las mujeres en atención primaria y es el problema principal en el 9% de las mujeres (Juan Gervás, 1992). Asimismo, ocupa el tercer lugar en morbilidad atendida en AP en mujeres (entre 25 y 50 años de edad), después de problemas respiratorios y circulatorios (M.a José Aguilar, 2001).

Algunos autores sitúan la prevalencia de los trastornos de ansiedad en atención primaria entre el 5% y el 17,2% (Ronald Kessler, 1994; Bentata Chocrón y cols., 1995, Julio Bobes, 2005; Marc Ansseau, 2005) aunque hay autores que afirman que hasta la mitad de la población tiene síntomas de ansiedad. Sin embargo, estudios locales han encontrado que, de las personas que acuden a consultas de primaria encuestadas en la sala de espera, el 38% (Galaverni, 2005) referían haber tenido crisis de angustia en el último mes, de ellos el 70% eran mujeres.

La prevalencia de depresión en atención primaria se sitúa entre 8,6% y 25% de los y las pacientes (OMS, 2001; Bertakis, 2001; Gabarrón, 2002) un rango muy amplio de variación y siempre entre el doble y el triple en mujeres, correlacionándose fielmente con las estimaciones en población general. Según un estudio transcultural y multicéntrico en centros de atención primaria, realizado por OMS, alrededor del 24% de todos los y las pacientes atendidos padecía un trastorno mental clasificado, siendo los diagnósticos más frecuentes depresión y ansiedad.

El llamado trastorno de somatización, definido como un síndrome crónico consistente en síntomas somáticos recurrentes y múltiples, situados en diferentes sistemas y órganos, que no pueden ser explicados por ninguna patología orgánica o mecanismo fisiopatológico y que se inicia antes de la edad de 30 años (García-Campayo, 1995), es también de prevalencia mal conocida y probablemente alta. Se manejan un rango entre 0,2% y 18% en consultas de atención primaria en España. La variabilidad diagnóstica es especialmente elevada en este trastorno. En el ámbito de investigaciones de otros países la prevalencia en consultas de atención primaria oscila entre 1 de cada 10 pacientes, a más de la mitad. Lobo y cols. (1996), encuentran que el 9,4% de los pacientes en atención primaria en España padecen somatización según los criterios de Bridges y Goldberg (1985). Pero hay gran variación dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados. Según los tipos de somatización de Laurence Kirmayer y Robbins (1991), la somatización es el motivo de consulta hasta en el 26,3%, y hasta el 58% según los criterios de trastorno de somatización (Per Fink, 1999).

A menudo, una parte de los grupos de síntomas más prevalentes en primaria, son interpretados bajo el enfoque de las especialidades médicas, y diagnosticados como síndromes funcionales emergentes, como fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, colon irritable, disfunción temporo-mandibular, etc. Estos síndromes, que además están experimentando un espectacular incremento en las consultas de atención primaria, deben tener un lugar en el enfoque sobre la salud mental.

La fibromialgia es un estado doloroso no articular que afecta predominantemente a los músculos; sus características principales fueron enunciadas como dolor generalizado y una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos (tender points o puntos gatillo). Típicamente se asocia con fatiga persistente, sueño no reparador, rigidez generalizada que frecuentemente se acompaña de otros síntomas somáticos (Consensus Document on Fibromyalgy, 1993) como hormigueo en las extremidades, molestias abdominales, necesidad de orinar con frecuencia, ansiedad y depresión. Este, como otros síndromes funcionales, está en la frontera entre mente y cuerpo y debería tener orientación en su componente de salud mental. Se estima una prevalencia en población general entre 1% y 11% (Carme Valls, 2002; Antonio Collado, 2002), 6% en las consultas de medicina general; es primer diagnóstico en el 14% al 20% de las consultas de reumatología; el 90% son mujeres (Bonifacio Alvarez, 1996).

El síndrome de fatiga crónica, también con prevalencia desconocida en la población general, oscila según los estudios entre el 1% y el 10,5% (Jaume Alijotas, 2002), calculándose en España entre 5% y 20%, cuando se habla de fatiga prolongada, que no llega a cumplir los criterios establecidos para el síndrome. Estudios europeos informan de una oscilación aún más amplia y máximo muy elevado, entre 7% y 45% de personas fatigadas según las diversas definiciones, criterios de exclusión e instrumentos de medida (Lewis, 1992).

El síndrome de colon irritable, formulado en los años 80, se caracteriza por dolor y

distensión abdominal después de comer, estreñimiento pertinaz, o alternando con diarrea, náuseas, vómitos, alteraciones emocionales y depresión, durante al menos 6 meses, cuyas crisis se relacionan directamente con situaciones emocionales conflictivas. Se estima una prevalencia en población general del 5%, se presenta en el 15% de las consultas en atención primaria y es, después de la dispepsia, el síndrome más frecuente en gastroenterología, donde lo presentan el 25% de los y las pacientes (Antonio López San Román, 2000) y, al igual que los demás síndromes funcionales, se presenta el doble en mujeres que en hombres.

• Comorbilidad entre trastornos mentales comunes

Existe un penetrante solapamiento diagnóstico entre los diversos trastornos mentales comunes entre sí, así como entre estos y los síndromes funcionales y de estos últimos entre sí.

Según John Rush (2005) el 25,6% de los y las pacientes que padecían depresión sufrían comorbilidad con otro trastorno, como ansiedad o somatización u otra alteración psiquiátrica; 16,1% acumulaba dos diagnósticos; y 20,2% tres o más condiciones comórbidas. María Dolores Ortiz (2005), en un estudio en España en atención primaria encuentra que, de los y las pacientes con diagnóstico de depresión -de los cuales el 80% eran mujeres-, se asociaba a ansiedad en el 47% de pacientes y a somatizaciones en el 50%. Peter Henningsen (2005), en un estudio sobre síntomas somáticos médicamente inexplicados y su relación con los diagnósticos psiquiátricos, encuentra que el 79,6% de los pacientes presenta comorbilidad entre trastorno somatoforme, depresión y ansiedad. Hay multitud de evidencias en el sentido de que la comorbilidad o solapamiento entre los trastornos o diagnóstico mentales comunes es muy penetrante. (Bridges y Goldberg, 1985; Ronald Kessler y cols., 1994; Per FinK, 1999; Kenneth Belzer, 2004).

No es extraño, ya que todos los síntomas somáticos y anímicos pueden coexistir y ser parte de los diagnósticos psiquiátrico de ansiedad o depresión y somatización. Además de la llamada depresión «somatizada» o enmascarada, que en ausencia de síntomas anímicos se expresa sólo con síntomas somáticos, es una forma de depresio sin depressione, responsable de que un alto índice de personas que supuestamente padecen depresión, sea más difícil de clasificar y permanezca desconocido. Se calcula que el 45,4% de las depresiones se presentan de forma psicológica y el 35,6% como somatizadas (Enric Aragonés, 2005) y se calcula que permanecen infra-diagnosticados un 44% de las personas con probable trastorno depresivo (Elia Gabarrón, 2002).

• Comorbilidad entre trastornos mentales y síndromes funcionales

En cuanto a los síndromes funcionales, existe amplia evidencia de que la depresión mayor se asocia con la fibromialgia, así como un solapamiento de síntomas que se produce entre todos estos cuadros. Los síntomas de astenia, trastornos del sueño y trastornos cognitivos, que son característicos de la fibromialgia, también son

característicos de depresión.

La presencia de antecedentes de depresión se halla en el 50-70% de pacientes con fibromialgia. La presencia, sin embargo, de depresión mayor actual, se detectó en el 18-36% de los y las pacientes con fibromialgia (Hudson, 1992; Goldemberg, 1999). Epstein, en un estudio multicéntrico, encontró una fuerte asociación con depresión (pasada 68%, actual 22%), y otros trastornos psiquiátricos como distimia (10%, sólo actual), trastorno de pánico (pasado 16%, actual 7%) y fobia simple (pasada 16%, actual 12%)4.

Comorbilidad entre síndromes funcionales

Los diversos síndromes funcionales se asocian entre sí. El 75% de las pacientes con fibromialgia (93% mujeres) reúne criterios para alguna otra categoría de los trastornos funcionales digestivos: síndrome de intestino irritable el más frecuente, dispepsia, constipación funcional y dolor abdominal funcional (Carlos Méndez, 2002). Pero tanto la fatiga crónica, como cualquier grupo de somatizaciones y dolor sin causa orgánica, se asocian entre si (Jaume Alijotas, 2002; Antonio Collado, 2002; Carlos Méndez, 2002).

Hay hipótesis que apuntan a que con los síndromes funcionales se diversifican diagnósticos que no corresponden a enfermedades diferentes, sino a distintas ma nifestaciones de lo mismo, clasificados artificialmente por la nosología biomédica (Chaichana Numnuam, 2001; Sara Velasco, 2006a y 2006c) y tanto síndromes funcionales, somatizaciones diversas y trastornos mentales comunes puedan ser manifestaciones diferentes del mismo tipo de conflictos a lo largo de la vida (M.a Asunción González de Chávez, 2002; Sara Velasco, 2006c y 2007).

La consecuencia es que, ya que, en gran medida, las personas se dirigen al médico/a de atención primaria con sus síntomas somáticos, a menudo también anímicos inespecíficos, pueden tomar diversos caminos diagnósticos.

En definitiva, estos cuadros están ejerciendo una fuerte presión asistencial, siendo entre el 70 y el 80% pacientes mujeres. Ya decía Mercedes de Onís hace 15 años, en el Informe sobre Salud de las Mujeres en España, que:

> La demanda de asistencia sanitaria en base a problemas de tipo psicosomático (dolor músculo-esquelético, cefaleas, insomnio, depresión, problemas nerviosos, cansancio...) debe ser satisfecha y la planificación de los servicios teniendo en consideración esta demanda es imperiosa (Mercedes de Onís, 1992, tomo 1, pág. 144).

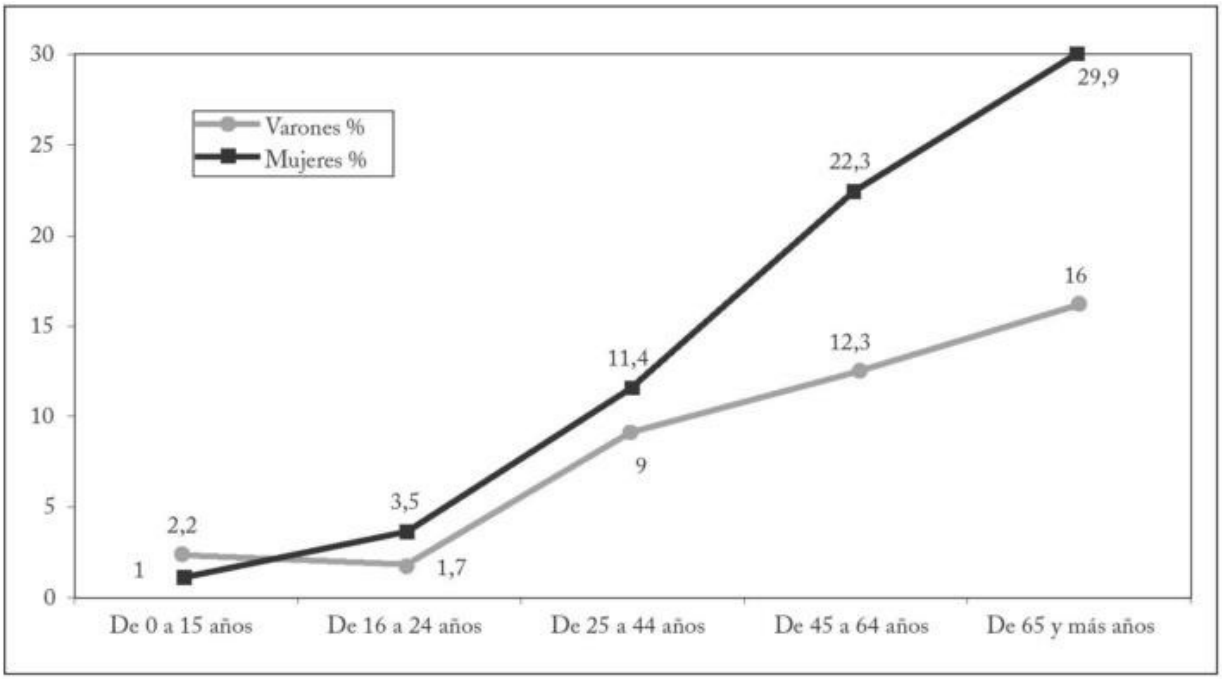
Un enfoque de salud mental que atienda a las necesidades, ha de articular métodos de atención que resuelvan estos cuadros en el límite de lo psíquico y lo psicosomático, que se manifiestan además como una necesidad de alta relevancia en las mujeres.

10.1.5. Uso de psicofdrmacos. «La tranquilidad recetada»s

Una característica común de todos los trastornos mentales comunes en sentido amplio, es decir, contando con las somatizaciones, dolor físico sin causa orgánica o dolor psíquico (duelos) y síndromes funcionales, es que se están tratando siempre con ansiolíticos y antidepresivos, con o sin diagnósticos precisos.

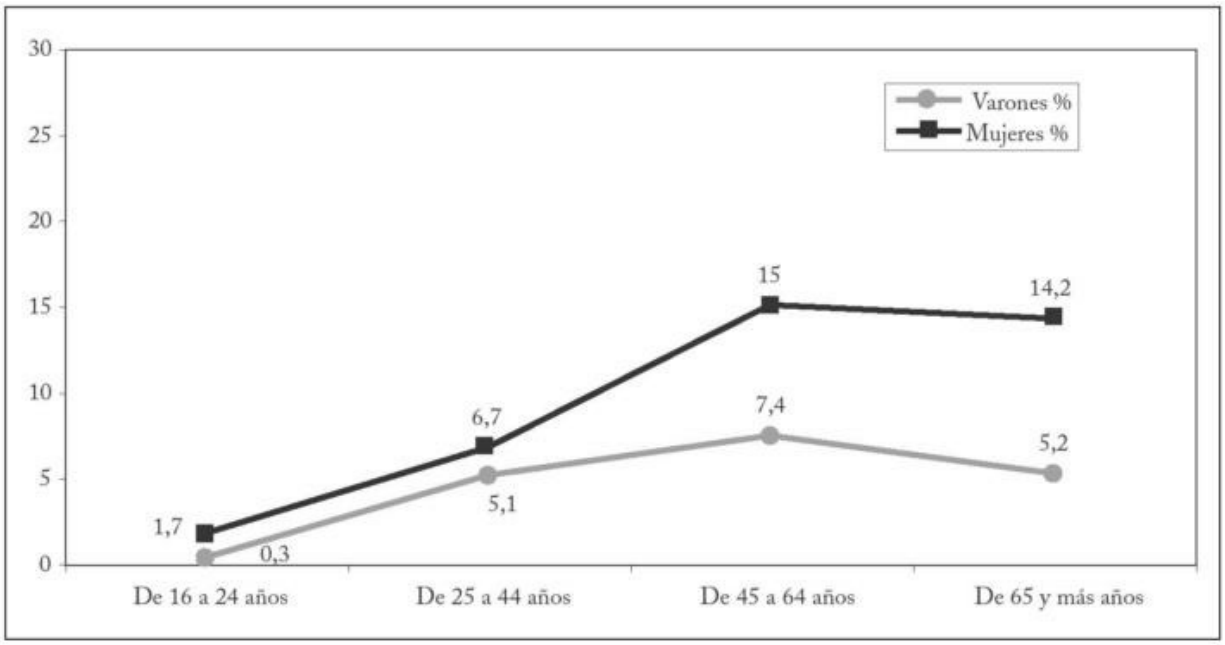
El creciente consumo de psicofármacos, es un punto crítico. En España, según la ENS de 2006, de las personas que han tomado algún medicamento en las últimas 2 semanas, el 14,3% han tomado tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir y el 8,5% han tomado antidepresivos o estimulantes. Pues bien, el consumo es el doble en mujeres que en hombres a todas las edades, excepto en menores de 15 años, que toman tranquilizantes el doble los niños que las niñas (Figuras 7 y 8). Algunos estudios encuentran una proporción mucho mayor de consumo de antidepresivos en mujeres, especialmente en edad madura. M.Soler y cols. (1998) encuentran en centros de salud de Barcelona, que el 87,7 % de las personas que estaban tomando antidepresivos eran mujeres de edad media 50 años, amas de casa, que mayoritariamente viven en pareja, con estudios primarios y nivel socioeconómico medio-bajo.

FIGURA 7.-Porcentaje de consumo de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir en las últimas 2 semanas sobre personas que han tomado algún medicamento



Fuente: MSC, Encuesta Nacional de Salud 2006. Gráfico de elaboración propia.

FIGURA 8.-Porcentaje de consumo de antidepresivos y estimulantes en las últimas 2 semanas sobre personas que han tomado algún medicamento



Fuente: MSC, Encuesta Nacional de Salud 2006. Gráfico de elaboración propia.

Esta alta tasa mayor en las mujeres, ya evidenciada anteriormente (Mabel Burin y cols., 1991; Nuria Romo y cols., 2003; Alberto Ortiz y cols., 2005; OMS, 2006), puede indicar un uso inapropiado (Maica Rodríguez Sánz, 2006), máxime cuando se constata la tendencia al aumento espectacular del consumo de los anteriores psicofármacos en los últimos años. Ortiz Lobo y cols. (2005) encuentra un aumento de la prescripción de antidepresivos en atención primaria del 116% entre 1996 y 2001. No puede explicarse sólo por un aumento de los TMC, sino que hay que pensar en la creciente medicalización de los malestares, especialmente de los de las mujeres a las que se les están prescribiendo psicofármacos para malestares inespecíficos sin diagnóstico psicopatológico (Nuria Romo y cols., 2003; Isabel Montero, 2007), lo cual contribuye a la cronificación pasiva, a la dependencia del sistema sanitario, al aumento de dificultades para la autonomía y la autorresponsabilidad para la búsqueda de cambios personales y sociales.

En el momento actual se está redoblando el mecanismo de intento de adaptación de las mujeres a los modos de vida cotidiana enfermantes, cosa que el Movimiento de Salud de las Mujeres, ya desde los años 70, trató de evitar, desarrollando métodos diferentes a la `tranquilidad recetada' (Mabel Burin y cols., 1991; Regina Rodríguez y cols., 1990).

El uso y abuso de psicofármaco produce otro efecto adverso señalado en la ESM, 2006: el escaso desarrollo de métodos de atención alternativos a la medicalización. Y eso es de redoblada importancia para las mujeres, ya que hay evidencias de que los TMC pueden responder bien a psicoterapias e intervenciones psicosociales y tratamientos grupales (Petter Fonagy y cols., 2007; W.McDermut y cols., 2001) que las mujeres demandan más y que obtiene buenos resultados, incluso mejores que los de los hombres (Rebeca Retamales, 2007; CL. Dennis y cols., 2008).

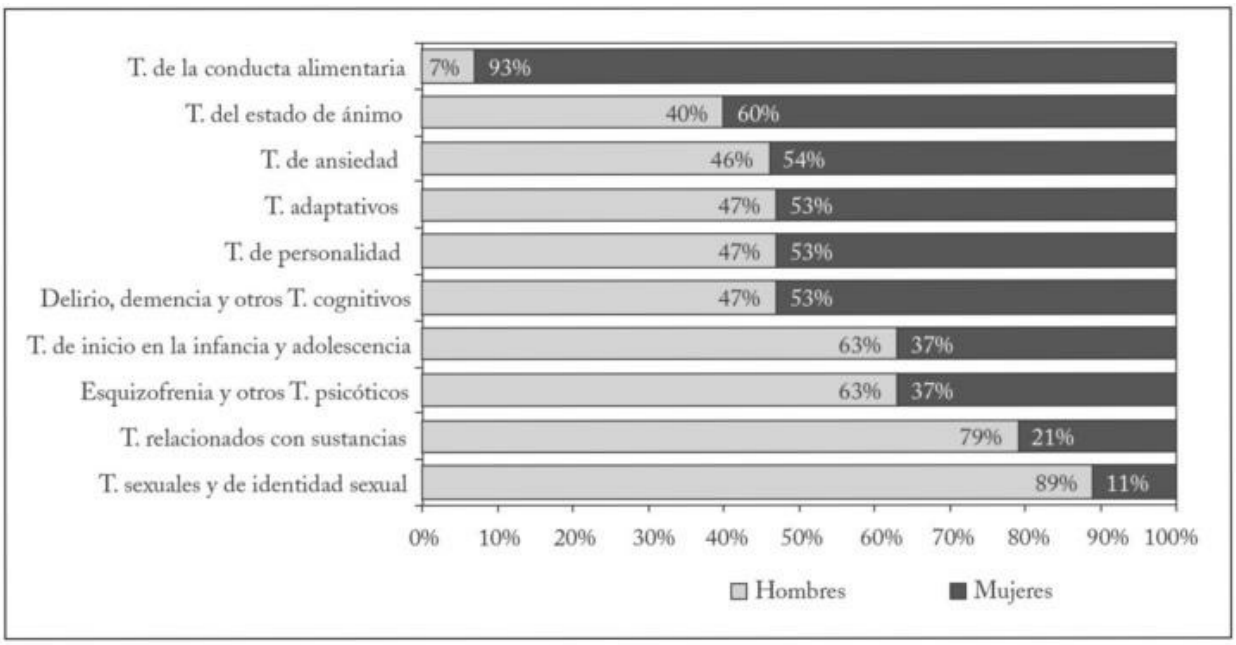
Por tanto, racionalizar el uso de psicofármacos y desarrollar métodos de atención innovadores, no farmacológicos, sino biopsicosociales para el tratamiento de los malestares o los TMC, debería ser una prioridad.

10.1.6. Hospitalización de trastornos mentales comunes (TMC) y trastornos mentales graves (TMG~

Según el estudio de calidad y variabilidad de la asistencia en salud mental, realizado por Maria Soler, a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitales españoles proyectado para el año 2005, la primera causa de ingresos es esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (28,2%, de los cuales el 63% son hombres). La segunda causa en la carga hospitalaria son los trastornos del estado de ánimo (depresión y distimia), es de 19,9% (60% son mujeres). Los trastornos relacionados con substancias, ocupan el tercer lugar, con un 16,9% de los ingresos (79% son hombres). Siguen los trastornos adaptativos 3,2% (52% mujeres), trastornos de ansiedad el 2,6% (55% mujeres) y trastornos somatomorfos 1,6% (Figura 9).

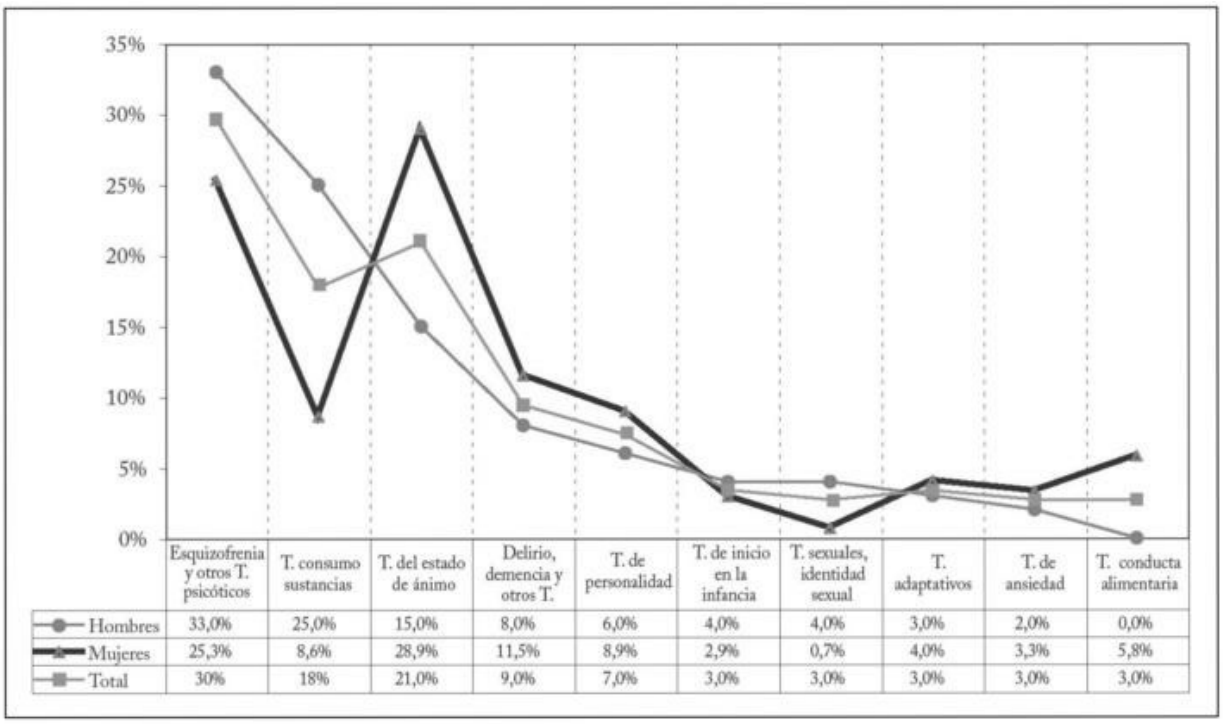
El perfil de la importancia de cada motivo de ingreso es también diferente para cada sexo: para mujeres, mayor importancia de TMC y para los hombres, mayor peso del consumo de sustancias y TMG.

FIGURA 9.-Proporción por sexos en cada categoría diagnóstica de trastornos mentales de hospitalización más frecuente



Fuente: María Soler, Estudio IASIST/MSC sobre CMBD, 2007. Gráfico de elaboración propia.

FIGURA 10. - Distribución porcentual de ingresos hospitalarios por causas y sexos sobre trastornos mentales de hospitalización más frecente



	Esquizofrenia y otros T. psicóticos	T. consumo sustancias	T. del estado de ánimo	Delirio, demencia y otros T.	T. de personalidad	T. de inicio en la infancia	T. sexuales, identidad sexual	T. adaptativos	T. de ansiedad	T. conducta alimentaria
Hombres	33,0%	25,0%	15,0%	8,0%	6,0%	4,0%	4,0%	3,0%	2,0%	0,0%
Mujeres	25,3%	8,6%	28,9%	11,5%	8,9%	2,9%	0,7%	4,0%	3,3%	5,8%
Total	30%	18%	21,0%	9,0%	7,0%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%

Fuente: María Soler, Estudio IASIST/MSC sobre CMBD, 2007. Gráfico de elaboración propia.

Los hombres ingresan con más frecuencia por esquizofrenia y psicosis (33% de los ingresos en hombres por causas mentales), trastornos relacionados con substancias (25% de los ingresos) y trastornos del ánimo (15%). Las mujeres, sin embargo, ingresan primero por trastornos del ánimo (29% de los ingresos de mujeres) y después por esquizofrenia y otras psicosis (25%) y en tercer lugar por delirio y demencia, fundamentalmente en la vejez (12%) (Figura 10).

Se observa que si omitiéramos la desagregación de datos por sexos, y tuviéramos sólo en cuenta el perfil del total para ambos sexos, estaríamos percibiendo sólo el perfil masculino, interpretando la mayor importancia de los ingresos hospitalarios por esquizofrenia con mucha diferencia de las siguientes causas, las debidas a trastornos del estado de ánimo y consumo de sustancias. Y esto invisibiliza el perfil de los ingresos de mujeres que es, en primer lugar, por trastornos del estado de ánimo. Así, mismo, observamos que la hospitalización es un criterio de gravedad, no de prevalencia en la población. Y es la esquizofrenia en hombres la más grave, pero ni mucho menos la más frecuente.

Visibilizar sólo el perfil hospitalario y masculino, está favoreciendo el estereotipo de pensar la enfermedad mental igual a la esquizofrenia, y esta como enfermedad masculina, cuando la realidad es que la enfermedad mental es mucho más frecuente por trastornos del ánimo y afecta más a las mujeres.

Por grupos de edad, el 25% de los ingresos por trastornos de ánimo son de mujeres entre 35 y 54 años. El 98% de los episodios de mujeres son de edad media de 49 años. Continúa la constante de la vulnerabilidad de las mujeres en la madurez.

En resumen, el perfil hospitalario de los TMC continúa siendo de doble frecuencia en mujeres, por depresión, y aumenta la diferencia en mujeres adultas y maduras. Esto debería orientar las acciones de promoción, prevención y atención a la salud mental, hacia la necesidad de priorizar acciones dirigidas a las mujeres y a los riesgos y factores de vulnerabilidad específicos para ellas. Y del lado masculino, trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias yTMG, que motivan más ingresos hospitalarios, aunque también ellos sufren trastornos del estado de ánimo, dirigiendo hacia ellos acciones específicas, que seguramente deben ser distintas de las dirigidas a las mujeres.

10.1.7. Trastornos mentales graves (TMG)

El consenso basado en los diversos estudios sobre la prevalencia de los TMG (esquizofrenia, trastorno bipolar, obsesivo-compulsivo y otros trastornos psicóticos) se estima entre el 2,5% y 3% de la población (ESM, 2006). El 0,8% al 2% en las mujeres. Se dice en la ESM:

> En estudios como el WHO, Collaborative Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders se encuentra una incidencia superior en hombres que en mujeres (relación aproximadamente de 1,5), llegándose a la conclusión, tras el metaanálisis realizado por Alemán (2003), que el sexo masculino es un factor de riesgo mayor para una forma de esquizofrenia más severa y, por tanto, más fácilmente reconocible. El análisis por grupos de edad confirma que en los grupos más jóvenes el riesgo es mayor en hombres, mientras que en el grupo de edad mayor de 40 años el riesgo es superior en mujeres, siendo en todos los casos la edad de inicio inferior en los hombres (A.Jablensky y cols., 1992; H.Háfner, y cols., 1993; JD. Byrke y cols., 1996) (ESM 2006, pág. 53).

Al presentarse la enfermedad en las mujeres a edades más tardías, parece ser que no llega a producirse tanta desorganización social en su vida y se produce menor desinserción social que entre los hombres (Isabel Montero y cols., 2004).

Según el Estudio IASIST/MSC sobre CMBD (María Soler, 2008), la distribución de los ingresos hospitalarios por grupos de edad y sexos por esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el 40% de los episodios son de hombres entre 25 y 45 años. La gravedad repercute en que la tasa de suicidios consumados (en los episodios ingresados) es de 2,4%, la segunda más alta después de los consumados en delirios, demencias y otros trastornos de cognición (4,5%).

Les siguen en frecuencia de ingresos, los trastornos relacionados con sustancias (52% de ellos por abuso de alcohol), que son la tercera causa de ingresos por trastorno mental (la segunda son los trastornos del estado de ánimo, más frecuentes en mujeres (Figura 8). Los trastornos relacionados con sustancias motivan ingresos en hombres jóvenes el triple que en mujeres. El 50% de los episodios son en hombres entre 30 y 50 años.

Los TMG, esquizofrenia y otras psicosis, por su gravedad y los relacionados con el consumo de sustancias, por su alta prevalencia, son el dominio diferencial de los hombres.

Existe otro aspecto relevante de los TMG, desde el punto de vista de género. Es la repercusión indirecta del soporte y cuidados de los enfermos mentales sobre la salud de las cuidadoras. El peso del cuidado informal de los enfermos mentales, especialmente los graves y después de la reforma psiquiátrica, ha recaído sobre las mujeres, siendo para ellas un factor de vulnerabilidad de magnitud poco evidenciada, aunque sí ampliamente informada (Isabel Montero y cols., 2004).

En la Estrategia en Salud Mental del SNS, 2006, se apunta este punto crítico:

> La prestación de atención y cuidados en salud en España por parte de cuidadoras y cuidadores informales supone el 88% del total de la atención (Manuel Desviat, 2000) (... Prestar cuidados a un familiar con un trastorno mental tiene un claro y mensurable impacto sobre las y los miembros de una familia, que se describe generalmente como «carga familiar» (C.Rosales y cols., 2002) (ESM 2006, pág. 54).

> Es frecuente que los familiares experimenten niveles elevados de preocupación y estrés, presenten un amplio rango de respuestas emocionales, tengan redes sociales reducidas, con problemas resultantes de aislamiento y de estigma y, además, encuentren muy dificil enfrentarse a las conductas disruptivas, a los síntomas negativos y a la discapacidad (Isabel Montero, 2007, pág. 10).

Se suele decir que el cuidado cae sobre las familias, pero esto es un eufemismo que invisibiliza que el cuidado recae sobre las mujeres (M. - del Mar García-Calvente, 2004), causando sobre ellas efectos de mala salud mental y física.

> En nuestro medio, el 87% de las personas que cuidan a un familiar enfermo mental grave son mujeres (...). Gran parte de ellas prestan cuidados a lo largo de los años, en ocasiones hasta la muerte de la cuidadora (...) (Isabel Montero, 2007, pág. 10).

> Los estudios coinciden en que existe un perfil característico de la persona que cuida: ser mujer, generalmente esposa o hija, entre unos 50-65 años, ama de casa y con un nivel cultural medio (Informe de la Oficina de la Defensora del Pueblo de Navarra, 2003) (...). Este tipo de cuidados, complejos y con importantes implicaciones emocionales, puede repercutir a su vez en un deterioro de la propia salud. De hecho, algunos estudios señalan que la morbilidad psiquiátrica de este grupo de población es el doble de la esperada (Isabel Montero y cols., 2006) (ESM 2006, pág. 55).

Desde la óptica de género, es necesario visibilizar este componente de la vulnerabilidad de las mujeres debida a ejercer el soporte, responsabilidad y cuidado

de los enfermos mentales, que empeora su salud mental y física.

10.1.8. Enfermedad mental y discapacidad

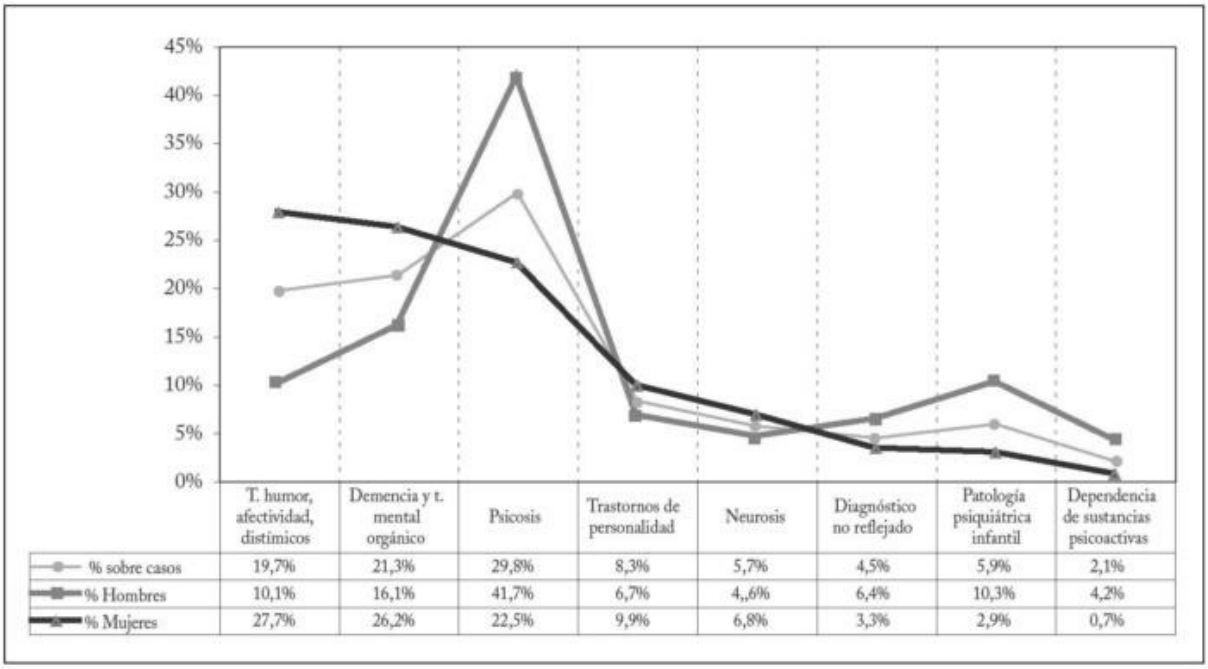
Si bien los trastornos del estado de ánimo, son la principal causa de discapacidad entre los trastornos mentales (JL. Murria y cols., 1996), y la depresión mayor ocupa el cuarto lugar entre las causas de discapacidad (ESM 2006), el impacto sobre la discapacidad es bastante mayor en las mujeres. Los trastornos depresivos constituyen casi el 41,9% de los casos de discapacidad debida a trastornos neuropsiquiátricos entre las mujeres, mientras que entre los hombres causan el 29,3% (OMS, 2006).

En España, según datos de IMSERSO, la causa principal de minusvalía (discapacidad superior a 33%), por trastorno mental es la psicosis, con el 19,8% de los casos. Si bien, de nuevo desagregando por sexos, el perfil vuelve a ser diferente. Entre los hombres, la causa principal es la psicosis (41,7% de los casos de hombres, pero el 22,5% de los de mujeres). Sin embargo, para las mujeres, la causa principal son los trastornos del humor, la afectividad y distímicos (27,7% de los casos de mujeres, y son el 10,1% de hombres) (Figura 11). Todo ello en concordancia con los perfiles diferenciales por sexos que venimos encontrando.

Se observa también diferente perfil en las dos causa más infrecuentes: la patología psiquiátrica infantil que es más del doble de frecuente en hombres, dato que contribuye a la peor salud mental de los varones durante la infancia, como veremos a continuación; y la dependencia de sustancias psicoactivas, que también es más del doble en hombres, en coherencia con la mayor prevalencia de este trastorno en ellos, en población general.

Una vez más, se observa que si se optara por tomar el perfil de los datos totales para ambos sexos, el que se visualiza es el perfil masculino quedando oculto el perfil para las mujeres que es diferente.

FIGURA 11.-Personas con de minusvalía (discapacidad superior a 33%) por causa psíquica, excluyendo discapacidad intelectual, 1999



	T. humor, afectividad, distímicos	Demencia y t. mental orgánico	Psicosis	Trastornos de personalidad	Neurosis	Diagnóstico no reflejado	Patología psiquiátrica infantil	Dependencia de sustancias psicoactivas
% sobre casos	19,7%	21,3%	29,8%	8,3%	5,7%	4,5%	5,9%	2,1%
% Hombres	10,1%	16,1%	41,7%	6,7%	4,,6%	6,4%	10,3%	4,2%
% Mujeres	27,7%	26,2%	22,5%	9,9%	6,8%	3,3%	2,9%	0,7%

Fuente: IMSERSO. Gráfico de elaboración propia.

10.1.9. Impacto de los trastornos mentales comunes sobre las enfermedades orgánicas

Es sabido que la mala salud mental influye en la salud física. Juan Carlos Pascual y cols., han demostrado que las personas con ansiedad presentan mayor riesgo para algunas enfermedades somáticas como la cefalea (4,2 veces más riesgo), la cardiopatía (3,9), las enfermedades osteomusculares (3,8) y las enfermedades digestivas.

La depresión está relacionada con aumento de morbilidad y mortalidad en diversos procesos. El estudio HUNT en Noruega, realizado sobre 61.000 personas (Arnstein Mykletun y cols., 2007) encuentra que la depresión incrementa el riesgo de muerte por distintas causas y no solamente por enfermedades cardiovasculares, también por ictus, enfermedades respiratorias y enfermedades del sistema nervioso central (Parkinson, esclerosis múltiple), además de estar asociada a los accidentes y el suicidio. Arnstein Mykletun dice que la depresión está asociada a una tasa de mortalidad de similar nivel a la asociada al tabaco. Y en personas de edad madura, la influencia es aún mayor. Según Abraham A.Ariyo y cols. (2000), las personas maduras aparentemente sanas con puntuaciones altas en una escala de síntomas depresivos, tienen aumentado el riesgo de morir por cualquier causa en un 60%, y de sufrir enfermedad cardiovascular en un 40%, sobre las personas con baja puntuación. Y también afecta a personas entre 30 y 50 años, en quienes la depresión incrementa en un 21,2% el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

Con respecto a las enfermedades cardiovasculares especialmente, existen muchas evidencias. Un funcionamiento psicológico saludable y vitalidad emocional dismi nuye con claridad la incidencia de enfermedad cardiaca, tanto en mujeres como en hombres (Laura D.Kubzansky y cols., 2007), así como una actitud optimista

disminuye el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular en personas maduras (Erik J.Giltay y cols., 2006).

La aparición de infarto agudo de miocardio, en un estudio multicéntrico, 262 centros, en 52 países, sobre 11.000 pacientes tras sufrir un primer infarto (Annika Rosengren y cols., 2004), se relaciona con problemas psicosociales durante el año anterior al episodio como problemas familiares, con el trabajo, o problemas económicos o con eventos vitales importantes. Entre ellos los de mayor frecuencia fueron problemas con el jefe en el trabajo, la separación de pareja y la muerte de un ser querido. Y, desde luego, estaba asociada también la depresión. Se encontró además que este tipo de factores estaban asociados también a hipertensión arterial, diabetes, asma, úlcera digestiva, colitis y cáncer.

-También la depresión contribuye a aumentar la mayor mortalidad tras un infarto (Arnstein Mykletun y cols., 2007; Norris y cols., 2007). Este último autor ha mostrado diferencias importantes por sexos. Como se ha mencionado ya en un capítulo anterior, las mujeres infartadas tienen mayor mortalidad y se deprimen más por algunos factores biológicos: son más mayores que los hombres ya que la edad media de infarto en mujeres es mayor y tienen más discapacidades. Pero también por factores psicosociales que se explican por el modo de vida de género: están más solas, sin pareja, aisladas socialmente, con carencia de apoyo afectivo y material; tiene menor nivel cultural y son más pobres; y además se sienten contrariadas y con dificultad para asimilar su experiencia porque el infarto es supuestamente una enfermedad de hombres y no encaja en sus expectativas.

El funcionamiento sinérgico entre el cuerpo, las circunstancias sociales y la mente, explica que el estado anímico y los procesos del contexto social tengan mucho que ver con la vida orgánica. Desde un enfoque biopsicosocial de la salud mental, se deben poner en conexión las intervenciones sobre las tres áreas.

10.2. CICLO VITAL Y PROCESOS PSICOSOCIALES DETERMINANTES

Bajo el enfoque de género, es necesario revisar las características del proceso de salud mental a lo largo del ciclo vital. Por una parte, los resultados de salud son diferentes según el momento del ciclo vital y las necesidades de hombres y mujeres varían cualitativamente. Además, para indagar en los factores y procesos determinantes psicosociales y de género, es imprescindible desagregar las observaciones por grupos de edad y períodos del ciclo, ya que las circunstancias sociales afectan de forma muy distinta y las vivencias son también diferentes.

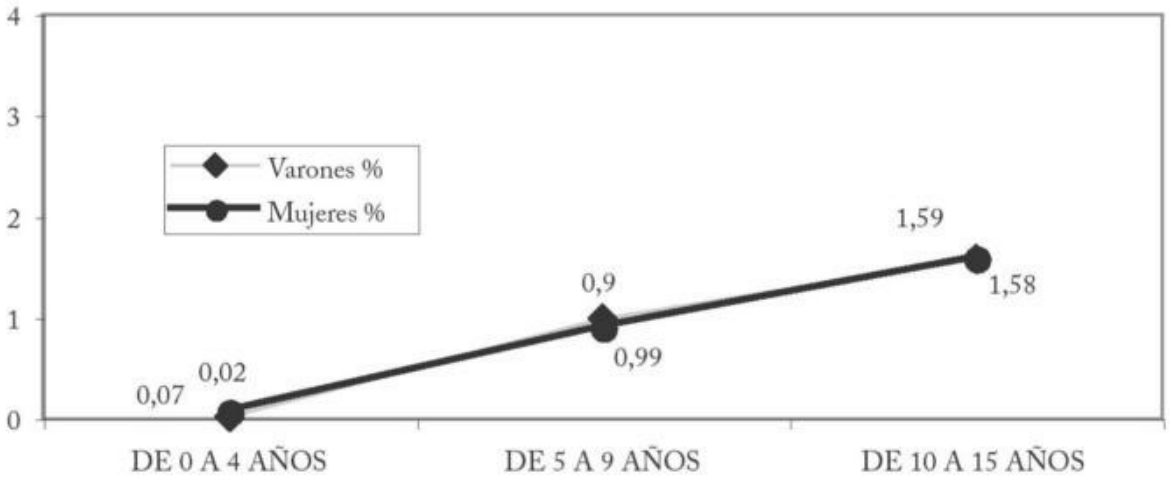
Lo que hacemos aquí es mantener la pregunta sobre el significado y factores psicosociales asociados a las diferencias por sexos que se aprecian en cada etapa del ciclo vital.

10.2.1. Infancia y adolescencia

La salud mental en la infancia y la adolescencia muestra unos perfiles específicos con importantes puntos críticos.

El riesgo de mala salud mental, según la ENS 2006, hasta los 15 años es del 22,1%, y es mayor para los niños que para las niñas, diferencial por sexos que se invierte a partir de los 16 años. Los trastornos mentales son la tercera causa de enfermedad crónica o de larga duración hasta los 15 años, después de la alergia y el asma y los padecen el 0,9% de los niños y niñas, prácticamente con igual prevalencia en ambos sexos (Figura 12). Pero, la diferencia aparece en los trastornos de conducta, que padecen los niños (3,64%) casi el doble que las niñas (1,64%) (Figura 13).

FIGURA 12.-Trastornos mentales (crónicos o de larga duración) en los últimos 12 meses en población infantil (Distribución porcentual por sexos y grupos de edad)

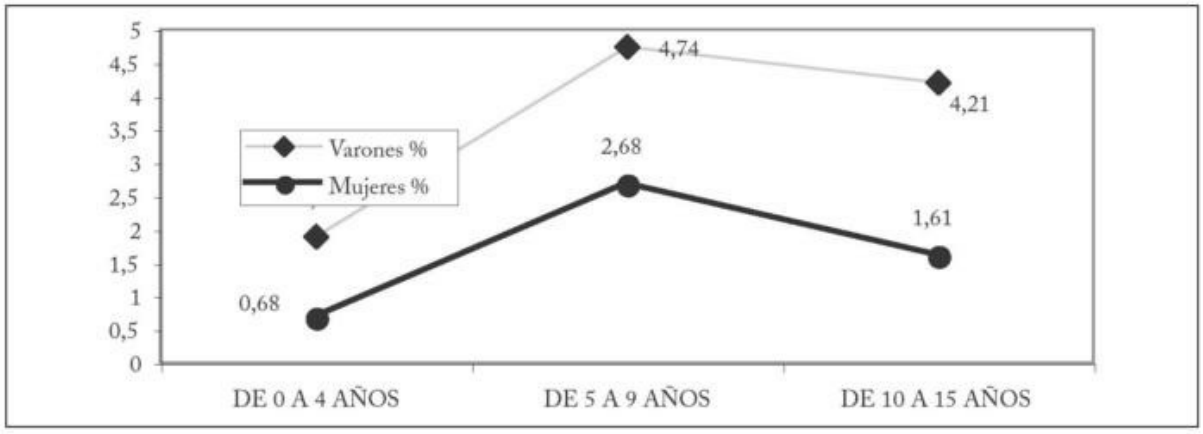


Fuente. MSC, Encuesta Nacional de Salud, 2006. Gráfico de elaboración propia.

Esta diferencia de peor salud mental en los niños que en las niñas, es también inversa a lo que ocurre en edades sucesivas, si se toma el conjunto de los trastornos mentales. Pero, la Encuesta Nacional de Salud 2006, contienen cuatro categorías6: hiperactividad, la cual pre senta las peores puntuaciones medias en ambos sexos -puntuación media de los niños 4,5 y de las niñas 3,95, en un rango de 0 a 10, donde 10 es la peor puntuación-, a bastante distancia de las siguientes; problemas de conducta (media de 2 en los niños y de 1,98 en niñas) y problemas con compañeros (1,32 en niños y 1,21 en niñas). Estas tres son efectivamente más frecuentes en los niños. Pero los síntomas emocionales, son un poco más frecuentes en las niñas (1,87 en niños y 2,07 en niñas). Es decir, aunque es evidente que los cuadros de alteración metal más frecuentes en la infancia en ambos sexos son los de conducta y relación y tienen más carga sobre los varones, los referidos a síntomas emocionales, que no son tan frecuentes en conjunto, son algo más en las niñas, siguiendo el patrón de género de expresar el sufrimiento más en el campo afectivo y con somatizaciones versus mayor expresión a través de la acción de los varones. También se ha preguntado en la encuesta, sobre conducta `prosocial', un indicador positivo sobre la capacidad de buena relación con los otros, indicador que ha obtenido puntuaciones bastante altas y

muy parecidas en ambos sexos (media entre 8,4 en niños y 8,9 en niñas, sobre 10 como mejor puntuación).

FIGURA 13.-Trastornos de conducta (crónicos o de larga duración) en los últimos 12 meses en población infantil (Distribución porcentual por sexos y grupos de edad)



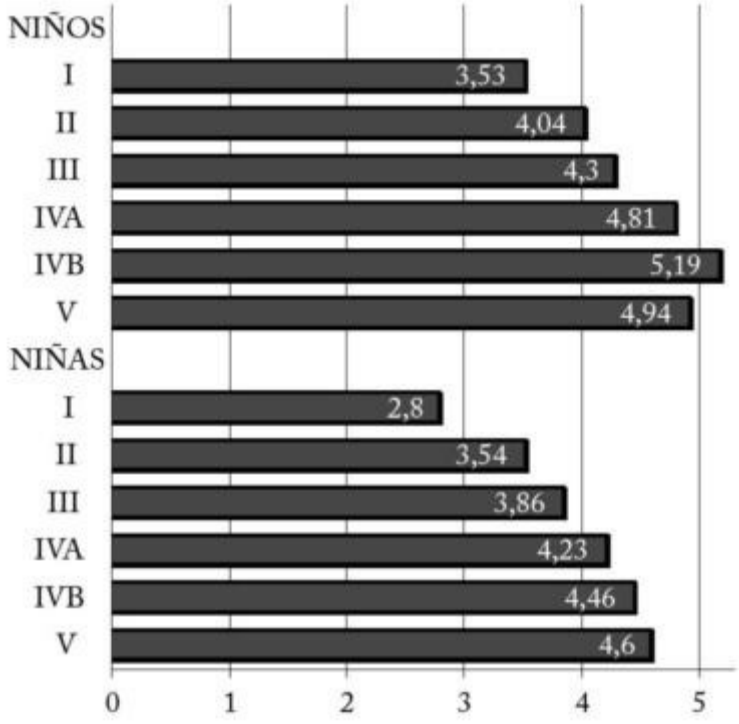
Fuente: MSC, Encuesta Nacional de Salud, 2006. Gráficos de elaboración propia.

Los trastornos de que hablamos, deben estar sujetos, sin duda, a influencias ambientales sociales. De hecho, la distribución según la clase social del sustentador principal muestra - como con la mayor parte de los indicadores de salud-, que empeora la puntuación media según desciende la clase social (Figura 14).

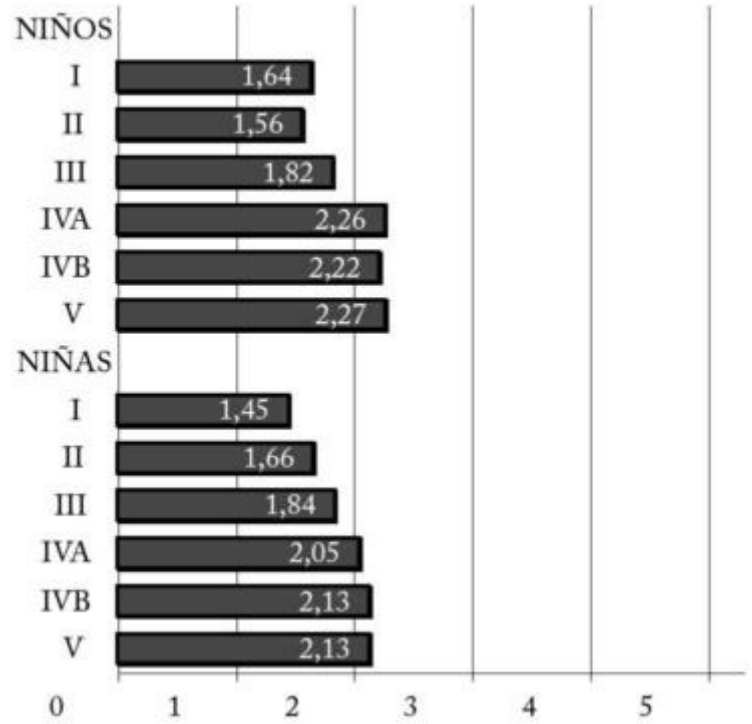
En el estudio sobre salud infantil, realizado por Juan Carlos Álvarez y cols. (2008), encuentran que las causas de morbilidad hospitalaria que han aumentado en el período estudiado de 2002 a 2005, en niños de 5 a 9 años, son la diabetes insulinodependiente y los trastornos de hiperactividad o déficit de atención. Y en el grupo de edad de 10 a 14 años, el incremento de los trastornos mentales es más intenso aún, emergiendo múltiples causas: los trastornos mixtos de conducta y emocionales, entre los que están reacciones graves al estrés y trastornos de adaptación, episodios depresivos, alteraciones de conducta e hiperactividad, trastornos de ansiedad. Juan Carlos Álvarez y cols., dicen que a pesar de no ser aún las causas más frecuentes de ingresos infantiles, las enfermedades mentales aparecen como enfermedades emergentes muy inquietantes, tanto por la rapidez del incremento, como por el tipo y variedad de trastornos, como por su gravedad, ya que lógicamente pueden estar relacionados con el alarmante incremento también encontrado de suicidios en niños de 10 a 14 años. En este grupo de edad, el suicidio es la tercera causa de muerte'.

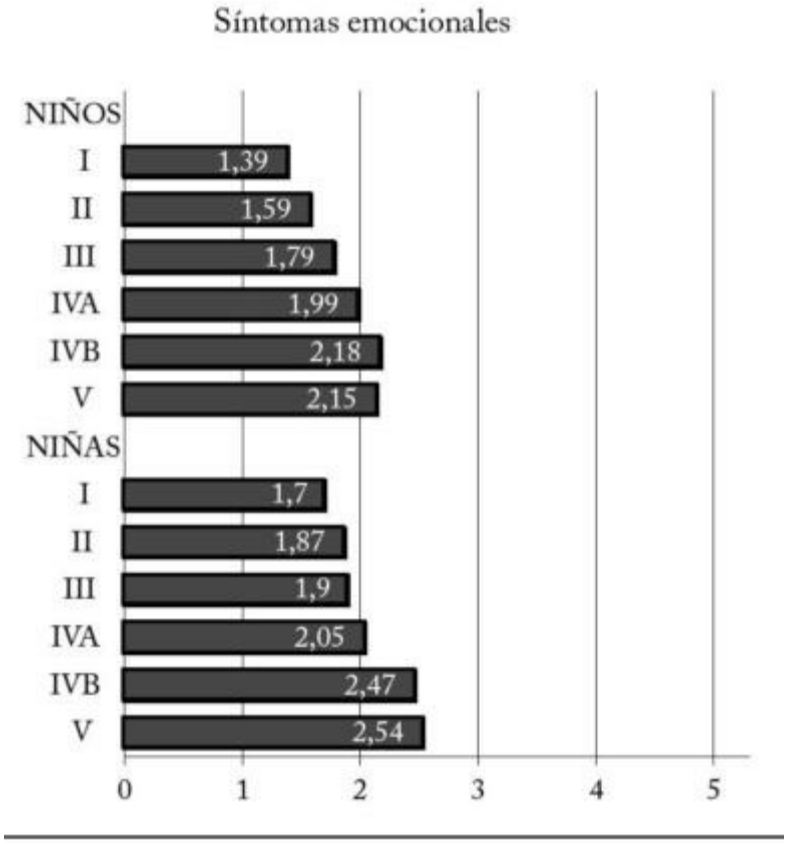
FIGURA 14.-Salud mental en población infantil de 4 a 15 años. Distribución por sexo y clase social del sustentador principal. Puntuaciones medias de 0 a 10 (0 es mejor puntuación y 10 peor)

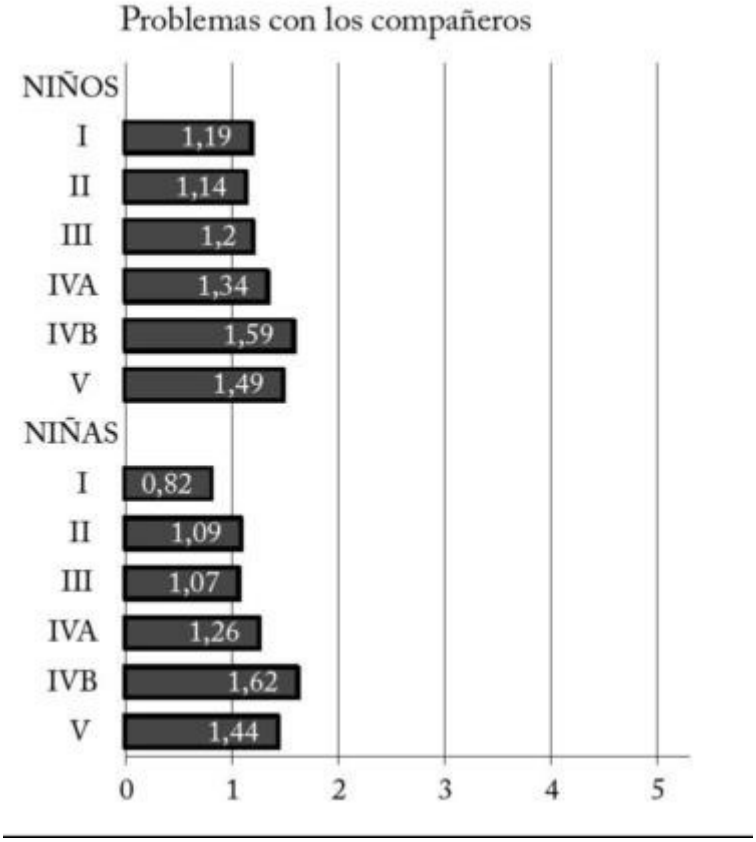
Hiperactividad



Problemas de conducta







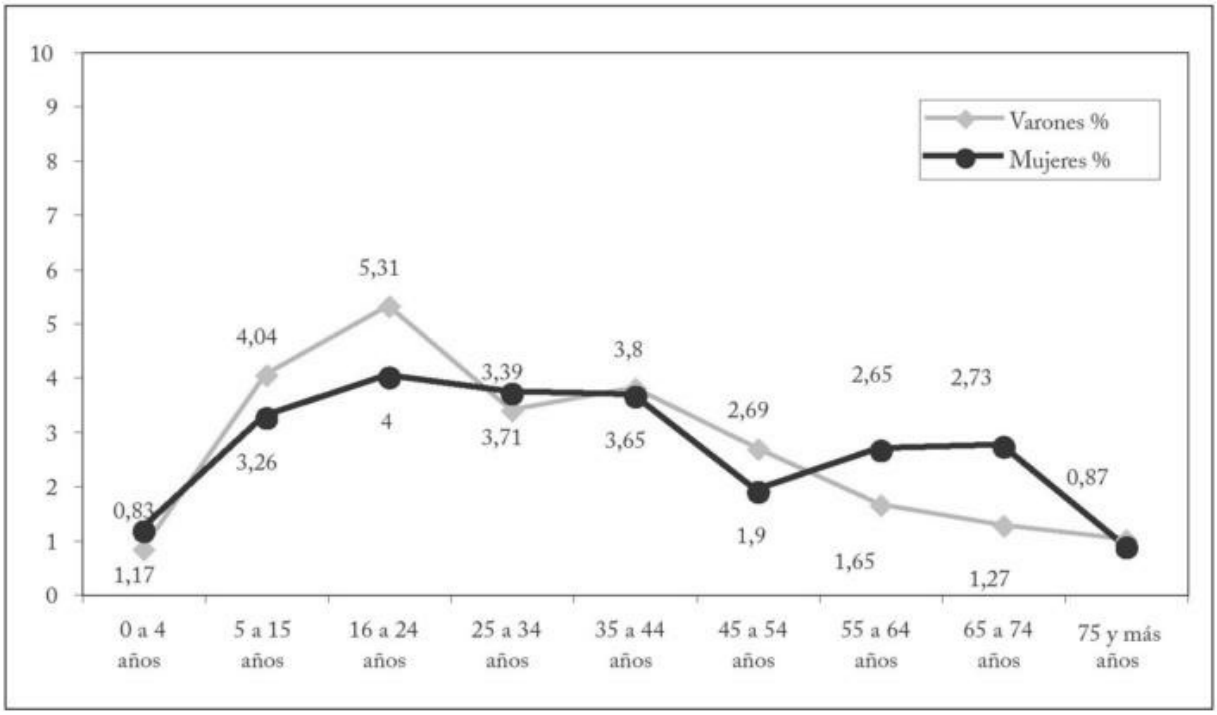
Fuente: MSC, Encuesta Nacional de Salud, 2006. Gráfico de elaboración propia.

Los anteriores padecimientos mentales, típicos de las sociedades desarrolladas,

tienen influencia ambiental, e importa aquí interrogarse acerca de los factores psicosociales y de género que pueden estar contribuyendo.

Podemos lanzar hipótesis explicativas como interpretaciones de la realidad social, a modo de sugerencias de investigación. En los modos de vida actuales, los hijos e hijas son un bien que tiene, en parte, la función de sostener el narcisismo de los padres. Y dado que el ideal de realización contemporáneo es el éxito social y personal, se prepara a los niños y niñas para alcanzar este éxito imprimiéndoles un alto nivel de exigencia. Para ello se les hace funcionar en una actividad poliformativa incansable, ejerciendo sobre ellos una presión que probablemente tiene mucho que ver con las reacciones graves al estrés, la inadaptación, la ansiedad. De hecho, los datos de la ENS 2006 (Figura 12) podrían estar expresando una mayor presión sobre los varones de clase media y baja, que sobre los de clase alta, no tan evidente en niñas. Esto se podría relacionar con la mayor exigencia en las clases medias y baja de mejora de sus condiciones de partida. Se ha encontrado que es causa de mayor estrés la mayor necesidad de ascenso social, que el mantenimiento de un estatus ya alcanzado (D. Liberman y cols., 1993; Débora Tajer, 2006), presión de los padres con la que estarían impulsando a los niños y niñas.

FIGURA 15.-Agresión o maltrato en los últimos 12 meses (Distribución porcentualpor sexos y grupos de edad)



Fuente. MSC, Encuesta Nacional de Salud, 2006. Gráfico de elaboración propia.

Al mismo tiempo, habría que pensar en las formas de socialización con ideales y exigencias diferentes para los niños y las niñas, como el recurso a la acción, la fuerza y la violencia, preferentemente masculinos, o las distintas formas de ponerles límites a ambos sexos. Asimismo, mantener la pregunta acerca de cuáles son los posibles

factores protectores en las niñas que luego parecen minorarse en edad adulta.

Otro proceso de vulnerabilidad psicosocial posible es la relación con la violencia en la vida de los niños. Entre las causas sociales asociadas a los trastornos, en la ENS 2006, se encuentra que los niños entre 5 y 15 años son el segundo grupo de todas las edades que sufre mayor frecuencia de agresiones (4% de los niños, 3,26% de las niñas), después de los adolescentes y jóvenes de 16 a 24 años (5,31% niños y 4% las niñas). El 90% de tales agresiones ocurren en el entorno escolar hasta los 15 años, y en la calle entre los 16 y 24 años (Figura 15).

Concuerda con los resultados del estudio realizado sobre intervenciones en atención primaria sobre trastornos mentales comunes, somatizaciones y dolor, en los que prácticamente, en todos los casos tratados de menores de 15 años, el factor psicosocial asociado era acoso escolar que, por cierto, no había sido detectado en la familia hasta el momento en que lo detectó el medico o médica mediante una intervención biopsicosocial (Sara Velasco y cols., 2007).

Él acoso escolar es una forma de violencia de alto impacto sobre la salud. Tiene características especiales debido a que se produce en un momento del ciclo vital en pleno desarrollo y construcción de la subjetividad, lo cual tiene un doble efecto: por un lado puede dejar huellas traumáticas duraderas en quien sufre el acoso. Y por otro lado, explica los mecanismos por los que es posible esta forma primaria de violencia por parte de los acosadores, y entenderlo puede ayudar a luchar contra ello. Entre los 5 y los 15 años es la etapa `escolar' del ciclo vital (Erik Erikson, 1988), en la que entran en latencia los procesos de construcción intrapsíquica, dando paso a una etapa en que la evolución psicosocial se mueve entre la laboriosidad, el aprendizaje, el conocimiento del mundo exterior y la otra cara de la moneda, la lucha contra el sentimiento de inferioridad. Las motivaciones proceden de la relación entre iguales del mismo sexo, y la fuerza que los mueve es la competencia, tanto en sentido de aspirar a ejercer las propias capacidades, como de competir con los otros para demostrarse esa capacidad y conjurar la inferioridad. Pues bien, en este momento, la necesidad de construirse un grupúsculo de iguales en el que identificarse y funcionar con él en competencia, empuja a los grupos más primarios a atacar a los débiles externos al grupúsculo (los que les parecen `inferiores' para demostrar su superioridad), y a los que aparecen como diferentes (que como tales amenazan la identidad del grupúsculo, como extranjeros, de otra etnia, de otra religión, de otra orientación sexual), o a los que amenazan los resultados de reconocimiento de los adultos (los `empollones', los apreciados por los profesores). El acoso escolar es ejercido en grupo, agresiones psicológicas y físicas, de forma insidiosa y continuada contra las víctimas elegidas por aquellas características por que, en el fondo, pretende eliminar al competidor y diferente y satisfacer la necesidad de mantener la diferenciación, superioridad y hegemonía del grupúsculo. Son mecanismo de grupo-masa primario (Elias Canetti, 1960).

En la adolescencia, los problemas de salud mental son también distintos para chicos y chicas. Muestran un perfil bimodal por sexos muy marcado. Para ellos,

siguen siendo más frecuentes los trastornos de conducta que generan hiperactividad, violencia y conducta disocial. Son varios los diagnósticos dentro de este grupo de trastornos pero, por ejemplo, el trastorno disocial, al que se calcula una prevalencia en población entre el 1 al 10%, es de 4 a 12 veces más frecuente en hombres y es más frecuente en clases sociales deprimidas (Paula Laita de Roda, 2007). Estos trastornos de inicio en infancia, niñez y adolescencia (que incluyen perturbaciones del comportamiento y de conducta con delincuencia juvenil, retraso mental, síntomas o síndromes especiales, retrasos cognitivos y trastornos del desarrollo), según el estudio de IASIST de María Soler (2008), son el 3,3% de los ingresos por enfermedad mental. Tienen un impacto diferencial en varones (hasta los 19 años son entre el doble o el triple en chicos) y que continúan causando ingresos hospitalarios más frecuentes en ellos hasta los 44 años, edad en que los casos ingresados por estas causas de inicio en infancia y adolescencia son ya muy poco frecuentes y prácticamente desaparece la diferencia por sexos. Ya hemos reseñado antes, que estos trastornos, acaban siendo causa de reconocimiento de minusvalía, más del doble en hombres que en mujeres. Es decir, los trastornos mentales de comienzo en la infancia y adolescencia continúan dañando la salud, sobre todo de los hombres hasta la edad adulta, a menudo gravemente, ya que, además, pueden tener relación con la incidencia del suicidio, mayor en varones.

La otra cara de la moneda en la salud mental de las chicas son los trastornos de la conducta alimentaria. Por ahora, se trata de morbilidad diferencial de mujeres (son el 90-95% de los casos), aunque se van incorporando muy lentamente varones afectados, probablemente asociado a los cambios psicosociales de género que los determinan. Son un problema de salud de las adolescentes de la mayor relevancia, tanto por su prevalencia como por su gravedad. Afectan a un 4,1% a 5,17% de las jóvenes entre 12 y 21 años, correspondiendo el 014% a 0'69% a la anorexia nerviosa; el 035% a 1'24% a bulimia nerviosa y el 276% a 4'71% a trastornos compulsivos de la alimentación no especificados (PM, Ruiz, 1998; Josep Toro y cols., 1999; Gonzalo Morandé, 1999). Presentan larga evolución con tratamientos complicados y poco eficaces, con hospitalizaciones habituales; se cronifican para toda la vida en un tercio de las pacientes. El 93% de los ingresos hospitalarios por esta causa, son mujeres. Son el 6% de los ingresos hospitalarios por trastornos mentales en mujeres. Son chicas muy jóvenes - el 40% de los ingresos tienen una edad media de 14 años, y el 60% restante una media de 28 años-. Presentan una tasa de intentos de suicidio informados durante el ingreso hospitalario del 0,3%, y una tasa de mortalidad durante la estancia hospitalaria del 0,1% (María Soler, 2008).

Ambas categorías de trastornos (de conducta y de la conducta alimentaria) tienen una prevalencia en la población y carga de hospitalización similar, pero inversa en ambos sexos, la dicotomía por sexos es también evidente en adolescencia y juventud.

No están claros los factores causales constitucionales y biológicos que puedan intervenir, que con seguridad los hay, pero al ser trastornos emergentes de la segunda mitad del siglo xx, y estar asociados a los cambios sociales en los países desarrollados, están seguro condicionados por lo social. Y es necesario mantener las

preguntas acerca del significado de estas diferencias espectaculares por sexos, y a qué factores de riesgo o vulnerabilidad de género están asociados.

Por ejemplo, recaen sobre las niñas los ideales de la sociedad de consumo basada en el individuo y que incitan a la vivencia del éxito a través del modelo corporal, en sinergia con los ideales de género contemporáneo, con la exigencia de ideal corporal modélico de delgadez y cuerpo evanescente y angélico (no deseable, no sexualizado), producto de lujo, en una sociedad donde todos los deseos han de estar satisfechos de forma inmediata (Silvia Tubert, 2001b; Isabel Martínez Benlloch (coord.), 2001). No comer para no tener el cuerpo no deseado. Dice Amélie Nothomb, relatando la experiencia de su anorexia ente los 13 y los 16 años:

> Mi cuerpo se deformó (...). Me salieron pechos grotescos. (...) Era inmensa y fea. (...) y horror: deseaba a un chico. Sólo me faltaba eso. Mi cuerpo me había traicionado. (...) Haría la resistencia más heroica (...) dejaría de comer. (Y dejó tajantemente de comer). Al cabo de dos meses, el hambre desapareció. Había matado mi cuerpo. Lo viví como una victoria asombrosa (...) Mi pecho volvía a ser plano a las mil maravillas (pesaba 32 kilos) (...) ya no sentía ni una pizca de deseo por el joven inglés (2006, págs. 173 y 178).

O comer `nada' para crear un vacío donde pueda habitar algún deseo. La anorexia se da en sociedades opulentas, donde todos los deseos están inmediatamente satisfechos, no en sociedades pobres. Sigue diciendo Amélie Nothomb:

> El hambre es deseo. Es un deseo más amplio que el deseo. El hambriento es un ser que busca. (...) Aquel modo de vida jansenista - nada en todas las comidas del cuerpo y del alma-... Había vencido el hambre y, en adelante, disfrutaba de la embriaguez del vacío (2006, págs. 21 y 184).

Este ideal corporal y este mecanismo del deseo no está afectando a los chicos. Para ellos el cuerpo sigue teniendo que ser fuerte y la acción está validada, incluso la violencia.

Entre ellos, puede que un proceso que contribuya a la vulnerabilidad sea precisamente la convivencia con la violencia. Entre los 16 y 24 años, las agresiones parecen producirse sobre todo en la calle o lugares de ocio, y son otros hombres conocidos o desconocidos los más frecuentes agresores (ENS, 2006). En la adolescencia el desarrollo psicosexual está en ebullición y se está jugando la construcción de una identidad propia. Y esta identidad tiene una gran parte de identidad sexual. Los chicos confrontan constantemente su masculinidad naciente en la relación con los otros y otras. Cuando esta masculinidad es estereotipada de género tradicional, y se apoya en el poder y propiedad de una chica, y en ser el más fuerte y poderoso, en los chicos más primarios, con menos recursos de elaboración mental, esta confirmación de identidad masculina se ejerce a cada paso retando a otros varones y, a menudo, con la violencia física, la mas clara demostración de fortaleza. Según Erikson, el riesgo negativo que está en juego es el peligro de `confusión de

roles', para lo cual pueden funcionar con un exceso de rol estereotipado masculino, como una caricatura de la masculinidad tradicional.

Un cierto tipo de adolescentes, funcionan en grupos, como tribus que construyen sus propias claves, claramente encaminadas todas a construir una identidad masculina bien diferenciada del resto. Algunos lo hacen `jugando a gangsters', que no deja de ser un modelo de masculinidad contemporáneo. Son los que atracan en grupo y agraden a otros iguales, a ser posible un poco más débiles o que vayan solos, para tener más probabilidades de éxito, son los mismos pequeños traficantes de drogas. Y pueden ser jóvenes de clases acomodadas que construyen su identidad por este camino en la ley de la calle, fuera del control y las normas de la familia. En el período de 16 a 20 años, en la calle los jóvenes sufren con frecuencia estos robos con violencia (el reloj, el móvil, un poco de dinero...), sin ninguna protección ni reparación.

Otro tipo de agresiones las ejercen grupos cuyo juego es `quién es el más macho'. Las agresiones y peleas empezadas por ellos, a las que está expuesto cualquier joven en la calles y en lugares de ocio, suelen tener dos detonantes principales: `¿Me has mirado mal?' o `¿Has mirado a mi chica?'. Ambos son en defensa de la hombría que se mide con todo aquel que mira y es tomado como un reto. O, quien osa mirar al objeto-mujer de su propiedad, cuya pertenencia exclusiva le confirma como `macho'. El temor a la feminización es muy fuerte en estos grupos. El buen `macho' es torpe, habla mal, no usa palabras cultas, no quiere estudiar... porque hábitos cuidadosos o cultos son tomados como femeninos. De lo peor que se les podría acusar es de homosexuales. Y consumen sustancias que les exciten, que aumenten su fortaleza y resistencia.

Las chicas en este medio son en su mayor parte objetos - 'paquetes' - que se pliegan a pertenecer al varón, en un estereotipo también tradicional de género. Hay una cierta parte de ellas, que acceden a comportamientos similares a los de ellos, y funcionan también como pendencieras que defienden su masculinidad.

Un abordaje de género de todas las fuentes de violencia en niños y adolescentes, permitiría abordar un acceso educativo que tratara de desmontar y dar alternativas, con identidades no apoyadas en esos estereotipos.

10.2.2. Juventud

A partir de los 16 años, en la juventud los trastornos mentales comunes siguen haciendo mella en la salud mental, tanto de hombres como de mujeres, aunque de los 15 a 34 años, en la depresión, ansiedad u otros trastornos, se va acentuando la mayor frecuencia en mujeres (10,6% en mujeres y 6,2% en hombres) (ENS, 2006, Figura 3).

Se perfilan formas diferenciales de enfermar por sexos, con mayor prevalencia de conductas adictivas, incluido alcohol, en hombres (aunque esta diferencia se está acortando actualmente entre las personas más jóvenes (E.Ochoa, 2007), y el suicidio

se destaca con una frecuencia de hasta 4 veces mayor en hombres que mujeres, sin embargo, las mujeres tienen más intentos no consumados. En un estudio para prevenir el suicidio en Suiza se encontró que el 75% de las personas que buscaron ayuda profesional para la prevención del suicidio fueron mujeres, y el 75% de quienes se suicidaron fueron hombres (Ernst Angs, 1990, citado por M¿5ller-Leimkühler, 2001). Asimismo, la presentación, evolución, demanda de atención y tratamiento son distintos para ambos sexos, por razones psicosociales de género. En el siguiente apartado sobre variabilidad por sexos, se desarrollan un poco más estas causas.

Esta dicotomía por sexos en jóvenes, prevalencias de trastornos por consumo de substancias (y alcohol) y suicidio más en hombres y trastornos de ánimo más en mujeres, que está ampliamente informada (Marco Piccinelli y cols., 2000; ESEMeD/ MEDHEA, 2004; Gita Sen y cols., 2007; OMS, 2006; MSC, 2007), es el trazador principal de la dicotomía de género en salud mental. Tiene que ver con factores de socialización de género que precisan de un enfoque decidido para el abordaje de estos determinantes psicosociales.

Los factores psicosociales de género que hacen más vulnerables a los y las jóvenes son los modelos culturales contemporáneos de éxito social, personal y sexual, basados en el consumo y en la propia imagen y que empujan a la competitividad y llevan tanto al estrés como a la frustración (Enriqueta Moreno, 2000; Isabel Martínez Benlloch (coord.), 2001; Sara Velasco, 2005c y 2008).

Por otra parte, en los trastornos relacionados con substancias en mujeres, aún siendo más infrecuentes, influyen factores de vulnerabilidad procedentes de la socialización de género.

> Las mujeres con conductas adictivas están afectadas por vulnerabilidad diferente por su invisibilidad, debida al consumo privado o al ocultamiento, el miedo a la estigmatización social, el menor apoyo familiar y de la comunidad, incluso la oposición de sus parejas al tratamiento, señalando el valor que tienen para las mujeres los vínculos y relaciones personales. También, en el caso de ser madres, se añaden a los sentimientos de vergüenza o culpa, el temor a perder la custodia de sus hijos e hijas (Mónica Castaño y cols., 2007).

Esto determina que, por mantener la invisibilidad, accedan menos a tratamientos o estos no se adapten a sus necesidades porque están cortados por el patrón de las necesidades masculinas.

10.2.3. Edad adulta

Continúa el diferencial por sexos como en la juventud: mayor prevalencia en hombres de consumo de substancias, aunque probablemente aumentan el alcohol, y mayor prevalencia en mujeres de los TMC, especialmente depresión y ansiedad, aumentando más el gradiente por sexos, tanto en prevalencia en población (ENS 2006

figura 3 y ESEMED, figuras 4 y 5) como en ingresos hospitalarios (Figura 8).

En este tramo de edad, que podemos situar entre 35 y 44 años, los factores psicosociales de género asociados a los trastornos mentales más prevalentes, siguen teniendo un alto potencial explicativo para estas diferencias. Es la etapa de la vida en la que el trabajo productivo y reproductivo cobra mayor peso y, por tanto, sus factores psicosociales relacionados (P.Gulbrandssen y cols., 1998; OMS, 2006). Las dificultades con el trabajo y el reconocimiento social (JL. Campbell y cols., 2001; Lucía Artazcoz, 2007), y, por tanto, el desempleo vulneran más a los hombres (Marco Piccinelli y cols., 1997; Sara Velasco y cols., 2007) además de los conflictos de pareja y separación, que en personas sujetas tanto a rol de género tradicional, como en transición, como contemporáneo, son fuente de malestar. Mientras que, a las mujeres les vulneran más los factores relacionados con la transición de género, como la doble y triple jornada laboral, la segregación laboral (Gita Sen y cols., 2007; Lucía Artazcoz, 2007), la sobrecarga polifuncional del cuidado de hijos pequeños (Carol Wool, 1994), los conflictos de pareja y separaciones, las dificultades con la maternidad (Hill Astbury, 1999; RS. Kanh y cols., 2000; Sara Velasco y cols., 2007) y la violencia de género (Sita Gen y cols., 2007). La influencia de estos factores sobre la salud, que se han anotado en capítulos anteriores, forma parte del cuerpo de investigación de los estudios de género que ya han mostrado evidencias, aunque es necesario continuar esta línea de investigación de determinantes.

Es de notar que, si bien los factores sociales asociados a la enfermedad, empiezan a reconocerse y tenerse más en cuenta - como son el trabajo, el estado civil y el número de hijos-, no siempre se explora su impacto diferencial por sexos.

Si se concluye que el desempleo es un factor de vulnerabilidad en general, es cierto para los hombres, pero para las mujeres lo es más el trabajo de ama de casa y la doble y triple jornada laboral (ENS, 2006; Gita Sen y cols., 2007; Maica Rodríguez Sánz y cols., 2005), categorías laborales prácticamente inexistentes por ahora entre los hombres. Si se concluye que estar casado es protector para la salud, lo es para los hombres, pero es ya clásico que estar casada se asocia a peor salud mental y física en las mujeres (Sara Arber, 1991; Mabel Burin y cols., 1991; Anne Maria MbllerLeimkühler, 2001). Y si se concluye que el número de hijos no tiene efecto sobre la salud, es cierto para los hombres, pero este es uno de los factores principales de riesgo para mala salud mental (y física) de las mujeres (Sara Arber, 1991).

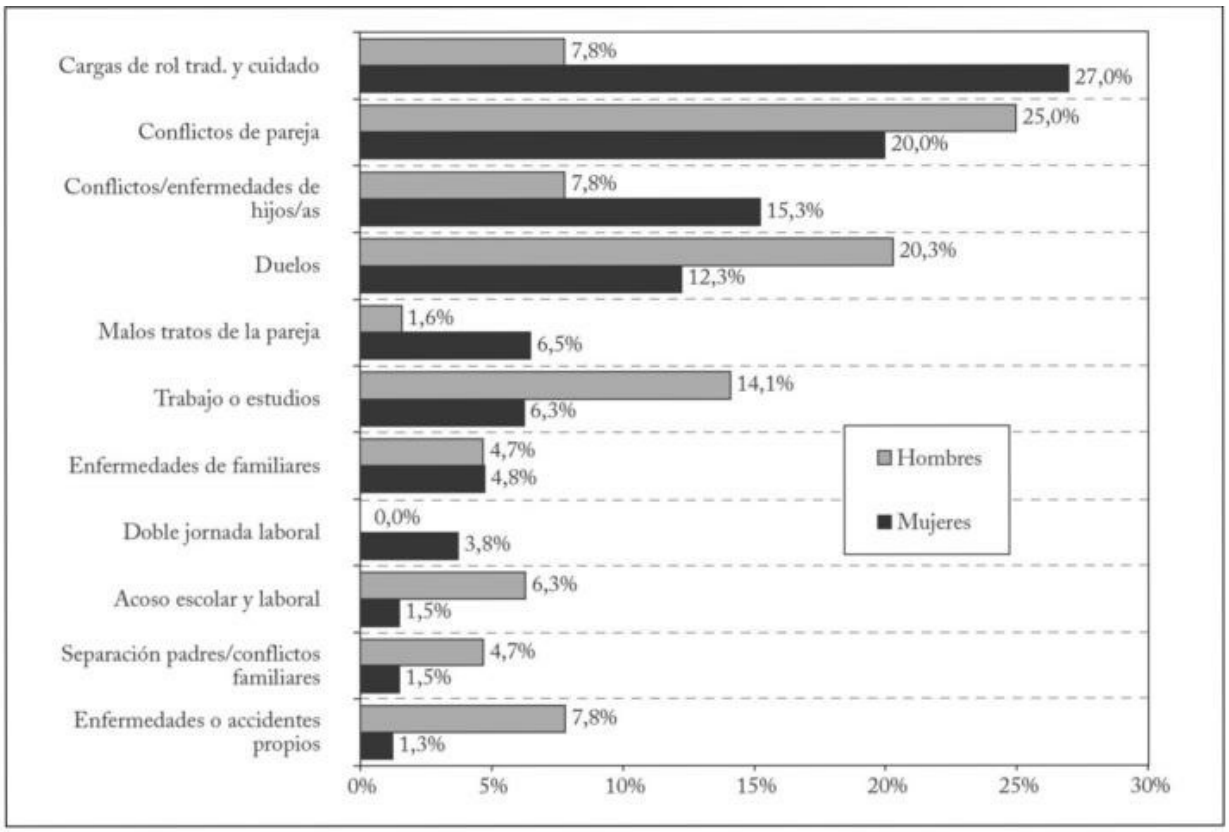
Todo ello es debido al distinto significado que tienen para ambos sexos estos procesos sociales, tanto por su distinta valoración social como por su diferente significado subjetivo (Sara Velasco, 2006c). El trabajo público y remunerado está valorizado socialmente y es una condición de valor de la masculinidad, mientras que el trabajo reproductivo es reiterativo, no está reconocido, ni valorado, ni remunerado y coloca a la mujer en dependencia económica, siendo una fuente de vulnerabilidad casi igual a la de estar desempleada. Estar casado para un hombre supone contar con reconocimiento social y apoyo, con cuidados, logística cotidiana resuelta y apoyo afectivo, condiciones que favorecen la realización de un proyecto propio y trabajo

con repercusión pública, mientras que para las mujeres, estar casada supone la pérdida de oportunidades de realización y de trabajo, la sobrecarga multifuncional de roles, o bien la reclusión en el espacio doméstico, a la par que no perciben recibir el apoyo afectivo y de cuidados suficiente. Y tener hijos, en las circunstancias actuales, supone para las mujeres una sobrecarga de rol que no supone para los hombres, además de que, aún hoy, los hijos/as tienen un mayor significado en la vida subjetiva de las madres que para los padres. Su educación y sus resultados parecen ser mas responsabilidad de las madres, por lo que el sentimiento de culpa las amenaza más y lo que lo que les ocurre o sus problemas impactan más en ellas (M.a Asunción González de Chávez, 1998).

Hay que añadir, por otra parte, que el trastorno más prevalente en hombres -consumo de sustancias-, revierte como factor de vulnerabilidad sobre las mujeres, ya que la convivencia con un hombre consumidor abusivo de sustancias, exige a la mu jer el soporte de situaciones limites de carencia, violencia, relaciones dependientes, coactivas y manipuladoras, además de la responsabilidad del cuidado de alguien que, en realidad, no se deja cuidar. Y las mujeres y hombres implicados funcionan de esta forma por la socialización tradicional de género.

En la intervención realizada en atención primaria de salud, en la que se trató a personas con síndromes del malestar (Sara Velasco, Begoña López-Dóriga, Marina Tourné y cols., 2007) - cuadros de ansiedad depresión, somatizaciones y dolor sin causa orgánica-, se abordaron los procesos psicosociales asociados. Se realizaba una escucha abierta a cualquier proceso que apareciera asociado al comienzo de los síntomas. Después de una intervención terapéutica biopsicosocial, se registraron los procesos que eran realmente significativos, cuya resolución producía mejoría clínica. Pues bien, los procesos psicosociales de vulnerabilidad encontrados fueron los ilustrados en la Figura 16 que muestra la distribución por sexos de los factores psicosociales asociados a trastornos mentales comunes, somatizaciones y dolor.

FIGURA 16.-Factores psicosociales en pacientes con trastornos mentales comunes, somatizacionesy dolor sin causa orgdnica (Base muestral con 63 hombres y 349 mujeres)



Fuente: Sara Velasco y cols., 2007.

El principal determinante psicosocial para las mujeres es cargas del rol tradicional - incluyendo dependencia, aislamiento y falta de red social - y el trabajo de cuidadora (27%). Siguen los conflictos de pareja incluyendo las separaciones (20%). Los conflictos o enfermedades de hijos/as son el tercer factor para las mujeres. Siguen los duelos, cuarto factor (12,3%). Los malos tratos por la pareja o expareja son el 6,5% de los casos de mujeres (se detectaron en la intervención 26 casos en mujeres y 1 en un hombre). Tiene para ellas la misma frecuencia que los conflictos en el trabajo o con los estudios. La doble jornada laboral afecta al 3,4% de los casos, siendo un factor exclusivo de las mujeres, en la muestra no se ha encontrado en hombres.

Para los hombres, los conflictos de pareja, incluyendo las separaciones, es el factor más frecuente (25%) seguido de los duelos (20,3%) y en tercer lugar conflictos en el trabajo o con los estudios (14,1%). Accidentes o enfermedades propios junto con cargas del rol tradicional y el trabajo de cuidador, 7,8% en ambos factores.

Es de resaltar el factor de hábitos o consumo tóxicos que impactan de forma muy diferente en ambo sexos. Si bien el porcentaje es de apariencia similar (6% en mujeres y 7% en hombres), el significado es distinto. En los casos recogidos de hombres, el problema era que ellos eran los sujetos consumidores de tóxicos (alcohol u otras drogas), mientras que en los casos de mujeres, el problema para ellas era que sus parejas eran consumidores (excepto un caso).

Son significativas las diferencias de los procesos psicosociales por grupos de edad

(Tabla 20).

TABLA 20.-Procesos psicosociales de vulnerabilidad por sexo y grupos de edad (Multidiag-nósticos. Base muestral 349 mujeres y 63 hombres

Mujeres					
	0-24 años	25-44 a	45-64 a	65 y+ a	Total
Cargas de rol tradicional y cuidado	14,3%	16,6%	33,5%	44,4%	27,0%
Conflictos de pareja y separaciones	21,4%	29,7%	15,2%	5,6%	20,0%
Conflictos/enfermedades de hijos/as	3,6%	8,3%	20,9%	22,2%	15,3%
Duelos	3,6%	11,7%	13,1%	16,7%	12,3%
Malos tratos de la pareja	3,6%	7,6%	5,2%	11,1%	6,5%
Trabajo o estudios	14,3%	9,7%	3,7%	0,0%	6,3%
Enfermedades de familiares	3,6%	4,8%	5,8%	0,0%	4,8%
Doble jornada laboral	14,3%	5,5%	1,6%	0,0%	3,8%
Separación padres o conflictos familia	10,7%	2,1%	0,0%	0,0%	1,5%
Acoso escolar y laboral	10,7%	2,1%	0,0%	0,0%	1,5%
Enfermedades o accidentes propios	0,0%	2,1%	1,0%	0,0%	1,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%
Hombres					
	0-24 años	25-44 a	45-64 a	65 y + a	Total
Cargas de rol trad. y cuidado	0,0%	12,0%	5,0%	50,0%	7,8%
Conflictos de pareja y separaciones	28,6%	44,0%	15,0%	0,0%	25,0%
Conflictos o enfermedades de hijos/as	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	7,8%
Duelos	28,6%	20,0%	25,0%	50,0%	20,3%

TABLA 20 (cont.).-Procesos psicosociales de vulnerabilidad por sexo y grupos de edad (Multidiagnósticos. Base muestral 349 mujeres y 63 hombres)

Malos tratos de la pareja	0,0%	4,0%	0,0%	0,0%	1,6%
Trabajo o estudios	0,0%	20,0%	20,0%	0,0%	14,1%
Enfermedades de familiares	14,3%	4,0%	5,0%	0,0%	4,7%
Doble jornada laboral	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Separación padres o conflictos familia	14,3%	4,0%	0,0%	50,0%	4,7%
Acoso escolar y laboral	14,3%	4,0%	10,0%	0,0%	6,3%
Enfermedades o accidentes propios	0,0%	4,0%	20,0%	0,0%	7,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	84,4%

Fuente: Velasco y cols., 2007.

Se ilustran los 10 más frecuentes en la Figura 17.

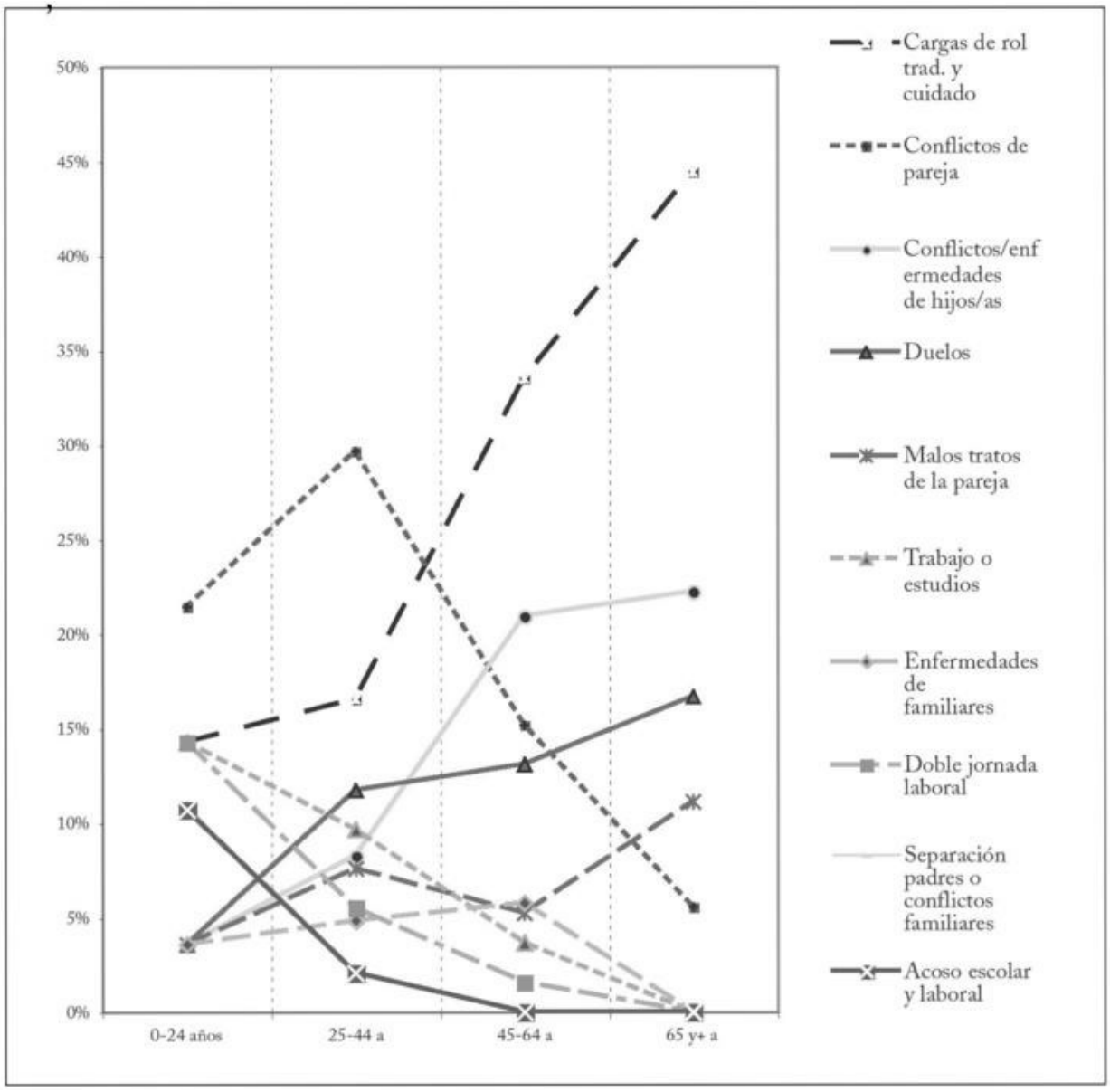
En los niños, niñas y adolescentes, el acoso escolar, la separación de los padres y la muerte de abuelos o padres, han sido los de mayor y casi exclusivo impacto.

Entre los 18 y 24 años, con la entrada en el ciclo vital de actividad productiva y relaciones de pareja, si bien para los chicos, aparecen los conflictos de pareja y separaciones, en el caso de las jóvenes hasta 24 años, junto a los conflictos de pareja y separaciones como primer factor, ya aparecen procesos por la maternidad en las que ya pesan discriminaciones de género: doble jornada laboral, los malos tratos y conflictos con los hijos/as.

En la edad adulta, las mujeres hasta 44 años, continúan el mismo perfil, aunque aumentando la frecuencia de conflictos de pareja y separaciones y cargas de rol tradicional y cuidados, así como las sobrecargas en el trabajo y doble jornada laboral. Es la etapa del ciclo vital en que las vivencias principales son el encuentro con el amor, la pareja y la maternidad/paternidad, al mismo tiempo que la productividad. En este estudio se encuentran los conflictos propios de estos procesos. Las personas de ambos sexos, encuentran la principal fuente de problemas y sufrimiento en sus experiencias de pareja, maternidad/paternidad y trabajo. Los conflictos siguen el patrón de los roles de género en transición con los cuadros de sobrecarga y polifuncionalidad que le son propios.

Un proceso más tiene peso en la etapa reproductiva del ciclo vital. Para las mujeres la depresión post-parto se presenta con una tasa de 3% a 25% en las mujeres durante el primer año después del parto (G.Evins y cols., 1997), contribuyendo a la prevalencia de depresión y merece mención por su necesidad de atención específica (Carmen Leal (ed.), 1999). Se ha relacionado mayor incidencia y más sintomática en mujeres más jóvenes, con menor nivel de estudios y peor condición socioeconómica, y que han sido objeto de malos tratos o abusos físicos, con conflictos con la pareja y problemas laborales (CDCP, 2008). Los hombres también pueden presentar depresión asociada a la paternidad, siendo también para ellos condicionantes psicosociales de género, cómo ellos viven las exigencias y efectos del nacimiento de un hijo o hija (Hill Astbury, 1999).

FIGURA 17.-Factores psicosociales en mujeres con trastornos mentales comunes, somatizaciones y dolor sin causa orgánica por grupos de edad (Base muestra: 349 casos)



Fuente: Sara Velasco y cols., 2007.

10.2.4. Madurez

Los TMC y el consumo abusivo de alcohol y otras sustancias son los trastornos mentales más prevalentes en adultos y es en la madurez cuando presentan su mayor frecuencia en ambos sexos. Es la etapa crítica para la salud mental.

También es donde es más acusada la dicotomía de género. Es la etapa en la que las mujeres se sienten peor, tanto en salud percibida, como riesgo de mala salud mental, como de trastornos mantales percibidos y diagnosticados, como de consumo de psico fármacos (encuestas en población general, ENS 2006, Figura 1 y 3; ESEMED y hospitalizaciones CBMD).

Asimismo, el estado de salud mental a estas edades está muy influido por el contexto social y económico. En la madurez, así como en edades anteriores, la clase

social, el nivel educativo y la situación laboral son potentes determinantes de salud y también lo son en la salud mental (Maica Rodríguez-Sánz y cols., 2005; Carmen Borrell y Joan Benach (eds.), 2005; Gita Sen y cols., 2007). En las Figuras 1 y 4 se ha recogido el diferencial en depresión por clase social y por país de origen en el riesgo de mala salud mental y en la depresión, viéndose cómo este aumento de prevalencia según disminuye la clase social, afecta más a las mujeres que a los hombres. No pueden dejarse pasar estos hechos sin buscar significado e intentar analizar las causas.

Los modos de vida determinan en gran medida la acumulación de malestar en la madurez. A las desigualdades socioeconómicas, se suman los procesos psicosociales de género que se viven peor en las clases sociales desfavorecidas. El principal proceso psicosocial que se viene encontrando explicativo, es el rol de cuidadora, especialmente cuando se asocia a situaciones de aislamiento, dependencia económica y falta de apoyo social, falta de control sobre la propia vida y ausencia de otra actividad o proyecto propio, todo lo cual es debido al modelo de género tradicional. Las mujeres de edad madura están cargando con el soporte y cuidado de la generación que les sigue y la que las precede (Rosa Gómez Redondo, 1995; MSC, 2007) y esta dedicación al cuidado, que en muchos casos ha de compaginarse con el trabajo remunerado y con el trabajo doméstico (la triple jornada laboral) es una situación producto de una transición de modelos y roles de género inacabada. En la organización social se invisibiliza e ignoran estas funciones realizadas por las mujeres.

Parece ser, además que los distintos factores tienden a dar lugar a distintas manifestaciones de enfermedad. Fernando Conde (2000), en un estudio cuanti y cualitativo sobre estrés en mujeres amas de casa, trabajadoras activas y en paro, destaca la relación de distintos tipos de dolores y malestares con los procesos de vulnerabilidad de género. Las amas de casa, ubicadas en el modelo tradicional, relacionan sus quejas de dolores músculo-esqueléticos con las tareas domésticas y la sobrecarga del cuidado, mientras que relacionan la depresión con el aislamiento y la falta de estímulos y realización.

Es claro también que esta situación no afecta a las mujeres de las clases sociales altas, ya que tienen la posibilidad de delegar y contratar personas que cuiden, además de tener recursos educativos y laborales para tener un proyecto y trabajo propio y no estar en dependencia y precariedad económica.

Otros procesos psicosociales están asociados al malestar - denominamos malestar al conjunto de trastornos mentales comunes, somatizaciones, dolor, causados por las formas de vida cotidiana-. El orden de frecuencia de procesos psicosociales en este grupo edad en mujeres (Figura 16), después de cargas de rol tradicional y cuidados, son los conflictos con los hijos/as, los conflictos de pareja y separaciones, doble o triple jornada laboral y los malos tratos de la pareja, por este orden (Sara Velasco y cols., 2007). Todos los factores son explicativos de género.

Merece mención un proceso de alto impacto, mayor probablemente en la población general de lo que aparece en la muestra anteriormente expuesta de pacientes de atención primaria y es la violencia de género. En un estudio realizado en Barcelona por Pilar Babi y cols. (2004) encontraron en una muestra de casos de mujeres atendidas en un centro de salud y maltratadas por su pareja la mayoría en la madurez (16,7% de la muestra tenían media de edad de 55 años y el 35,3 % mayores de 65 años), encontró que el 58,6% presentaban ansiedad, el 56,6% depresión/distimia, el 8,1% intento de suicidio, el 12,1% ideación autolítica, el 6,1% abuso del alcohol, el 45,1% tomaban antidepresivos y el 39,9% ansiolíticos.

Un dato inquietante sobre el peso de malestar que están recibiendo las mujeres de edad madura es que, si bien los intentos de suicidio y suicidios logrados, que en los hombres son más frecuentes en edades jóvenes, en las mujeres, a pesar de tener menor frecuencia, aumentan en la edad madura. Un factor como la violencia de género es un predictor significativo de intentos de suicidio en mujeres, más del 20% de las mujeres que han sufrido violencia, intentan suicidarse (MM. Weissman y cols., 1999), mientras que para los hombres el segundo factor de riesgo de suicidio es el alcoholismo.

Para los hombres, en ese mismo grupo de edad, el 81% de los factores corresponden a conflictos de pareja y separaciones; duelos; conflictos o enfermedades propios sobre todo relacionados con el trabajo y con los hijos/as.

Por último, deben ser considerados los factores de vulnerabilidad de la población inmigrante. Joseba Achotegui (2008), ha acuñado el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises). No se conoce su prevalencia y tampoco su distribución por sexos. El síndrome se caracteriza de forma idéntica que los llamados «síndromes del malestar de las mujeres» (Sara Velasco, 2006), con síntomas depresivos, ansiedad, somatizaciones y dolor sin causa orgánica, sobre todo músculo-esqueléticos, cefaleas, fatiga y dolor abdominal y torácico. El síndrome se describe como respuesta a una serie de duelos que las personas inmigrantes han de hacer (pérdida de la familia, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social y el grupo de pertenencia), que al ser masivos y en precarias condiciones, exceden la capacidad adaptativa de cualquier persona. Se suma así a la demanda en los servicios de atención primaria, esta sintomatología de malestar psicosocial por vulnerabilidad sociocultural, al perfil de demanda más frecuente.

10.2.5. Vejez

Los TMC continúan en la vejez con la misma dicotomía por sexos: siguen siendo más del doble de frecuentes en mujeres (27,7% depresión, ansiedad u otros trastornos en mujeres y 10,3% en hombres de 65 a 74 años) (ENS, 2006, ver Figura 3). Pero los trastornos más prevalentes en la vejez son las demencias.

En cuanto a la enfermedad de Alzheimer, independientemente de la mayor longevidad de las mujeres, algunos estudios encuentran una mayor prevalencia que en

hombres (M.Martín, 2006) y en las demencias vasculares hay resultados contradictorios. No parecen estar confirmadas las diferencias por sexos. Se dice en la Estrategia en Salud Mental:

> Las tasas de prevalencia de demencia en la población geriátrica de Zaragoza por grupos de edad y sexo confirman el incremento de la prevalencia con la edad: a partir de los 65 años, por intervalos de cinco años, las tasas fueron de 0,7, 3,0, 4,7, 11,5, 14,6 y 30,0%. Las demencias fueron más frecuentes en hombres (6,4%) que en mujeres (4,8%), pero sin alcanzar significación estadística (A.Lobo y cols., 1994) (ESM 2006, pág. 59).

En los ingresos hospitalarios por esta causa, el 74% tienen más de 70 años, con mayor frecuencia de mujeres a partir de los 80 años El 98% de los ingresos tiene una media de 74 años y la tasa más alta de suicidio consumado (4,5%) en relación a los ingresos por enfermedad mental (María Soler, 2008).

Desde la perspectiva de género, es relevante atender a la feminización de la vejez. Las mujeres viejas, están solas con discapacidades importantes, también mentales. Esto repercute en intensa vulnerabilidad y, a menudo, desastrosa calidad de vida.

10.3. EXPERIENCIA DE ENFERMEDAD, VARIABILIDAD CLÍNICA Y SESGOS DE GÉNERO

Se ha interrogado acerca de en qué medida las diferencias por sexos en salud mental son debidas a diferente forma de enfermar - que las mujeres tengan realmente peor salud mental-, que estén sujetas a factores psicosociales determinantes más perniciosos que los hombres; o bien, se deba a diferente forma de quejarse y demandar en los servicios sanitarios, - que las mujeres tengan más facilidad para percibir los síntomas, quejarse y buscar ayuda y, por tanto, que sus enfermedades se registren más (Carol Wool y cols., 1994; Kart Kroenke y cols., 1998; EE. Johansson y cols., 1999)-, o que exista una forma diferente de escuchar, diagnosticar y tratar de los médicos según el sexo (Ana Delgado, 1999a y 2001; M.a Teresa Ruiz, 2001). Existe evidencia de que todos estos factores están interviniendo en la construcción de las diferencias (Janet R.Hanking, 1999; Sara Velasco y cols., 2006a), y que la construcción de los diagnósticos y la evidencia epidemiológica está mediatizada por los conceptos de enfermedad mental y el marco cultural y teórico de los profesionales implicados (Joan Busfield, 1988)8.

En la Tabla 21, se resumen estos componentes de la variabilidad de género.

TABLA 21.-Causas de variabilidad de género en el patrón dicotómico de trastornos mentales comunes

Procesos de vulnerabilidad	— La sobrecarga cotidiana de procesos de vulnerabilidad de género es mayor en las mujeres. Son procesos de mayor impacto en la vida afectiva. — Son procesos que pasivizan y subordinan y con falta de control sobre sus vidas. — Son procesos de resolución más lenta y difícil.
Experiencia de enfermedad	— Las mujeres experimentan y definen sus experiencias corporales en términos de enfermedad más que los hombres. — La enfermedad amenaza la fortaleza de la identidad masculina, por lo que los síntomas y dolores son negados.
Manifestación de enfermedad y sintomática	— Las mujeres muestran síntomas pasivos, de ansiedad, depresivos y somatizaciones. — Los hombres muestran comportamiento hostil-agresivo-abusivo, actúan y consumen tóxicos.
Búsqueda de ayuda	— El rol de enferma es socialmente más aceptado que para los hombres. — Pedir ayuda y consultar en los servicios sanitarios es más coherente con el rol de mujer esperado que para los hombres. — Las mujeres consultan más en atención primaria. — Los hombres consultan menos en AP y acuden más graves a hospital y urgencias.
Atención en los servicios sanitarios	— Sesgo diagnóstico: • Se diagnostica de alteradas mentalmente y de depresión más a las mujeres con igualdad de síntomas. Se sobrediagnostica depresión. • Se piensa en hombres consumidores y no en las mujeres. Se infradiagnostica a mujeres consumidoras de alcohol y otras drogas. No se tiene en cuenta la distinta expresividad sintomática de género. Sesgo terapéutico: • Se prescriben psicofármacos más a las mujeres a igualdad de síntomas. • Parecen indicarse más psicoterapia en hombres a igualdad e síntomas.

Fuente: Compendiado y ampliado a partir de Annandale, 1990; Busfield, 1988; Wool, 1994; Bart, 1971; Chesler, 1972 y Bensing, 1999.

Como se ha apuntado en el apartado sobre procesos psicosociales de vulnerabilidad, las mujeres están expuestas a sobrecargas en el modo de vida, sobre todo al estar relacionados con pasividad, dependencia y escaso control sobre sus propias vidas y desvalorización de su estatus social, en desventaja con los hombres. Ya desde los años 70 se empezó a relacionar el malestar de las mujeres con los modos de vida de género tradicional que sí vulneraban más a las mujeres. Eran los modos en que la socialización patriarcal hace enfermar a las mujeres (Pauline B.Bart, 1971; Jessie Bernard, 1971, Naomi Weisstein, 1971; Phyllis Chesler, 1972; Judith A.Richman, 2001). La más alta morbilidad mental de las mujeres está firmemente arraigada en sus circunstancias y experiencias vitales y procede del componente psicosocial (Ellen Annandale, 1990; OMS, 2001). La resolución de estos procesos es más lenta y penosa, porque están condicionados socieconómicamente. Además, son procesos que implican afectivamente impactando en la subjetividad, como el cuidado de dependientes, cuya atención y soporte de funciones vitales supone un trabajo de carácter afectivo; o la violencia de género, que son situaciones de larga duración, que deterioran mucho la vida anímica.

En la intervención biopsicosocial realizada sobre síndromes de malestar (TMC, somatizaciones y dolor) en atención primaria, se encontró que los hombres mejo raban más fácil y rápidamente que las mujeres, lo cual se relacionaba con la mayor

cronicidad de los procesos psicosociales en ellas. Los problemas de los varones se solucionaban con más facilidad, ya que se trataba de conflictos de pareja, duelos, problemas en el trabajo o con los hijos/as, y en estas situaciones ellos estaban en posiciones más activas, con más control y posibilidades de actuación (Sara Velasco y cols., 2007).

También hay diferencias en el sentimiento o experiencia de enfermedad. La socialización de género tradicional que implica validación de la debilidad y labilidad emocional en las mujeres y de la fortaleza y la acción en los hombres por lo que las mujeres experimentan y definen sus experiencias corporales en términos de enfermedad más que los hombres. (Ellen Annandale, 1990; Jozien Bensing y cols., 1999).

Otro componente que construye diferencias son las distintas formas de expresar de ambos sexos, que derivan en forma distinta de enfermar o de manifestar la enfermedad. Los procesos de vulnerabilidad de los hombres tienden a la demostración por la acción, la fortaleza y el riesgo (trastornos de conducta, adicciones, accidentes y suicidio) (Rutz y cols., 1995 y 1997; M.a Asunción González de Chávez, 1998; Luis Bonino, 2000). La expresividad masculina, mediatizada por las expectativas del modelo de género tradicional, es a través del enfado, la agresividad y la hostilidad, ocultando el miedo al fracaso, suprimiendo el malestar y optando por consumir alcohol y otras drogas, volviéndose adictos al trabajo o, finalmente el suicidio como último acto de control, en lugar de deprimirse, que es percibido como una condición femenina (M.Grossman y cols., 1993). Mientras que en las mujeres se dan respuestas más pasivas relacionadas con la ansiedad, posiciones depresivas y somatizaciones (M.a Asunción González de Chávez, 1998; Mabel Burin, 2006; Isabel Montero, 2007) relacionadas con la posición de género tradicionalmente femenina.

La paradoja de que los hombres parece que se deprimen la mitad que las mujeres, pero se suicidan con mucha más frecuencia, debería hacer pensar que se produzca mucha patología enmascarada, no expresada, o expresada de un modo diferente a la depresión. Debe ser que las adicciones y el consumo abusivo de sustancias son las formas masculinas equivalentes a los trastornos del ánimo.

Además, las mujeres presentan más cantidad y variedad de manifestaciones somáticas (J.Fahrenberg, 1995; Kart Kroenke y cols., 1998), incluidos síntomas y dolor sin causa orgánica (Marco Piccinelli y cols., 1997; EE. Johansson y cols., 1999). Carol Wool y cols. (1994), describen que las mujeres tienden a manifestarse como somatizadoras diversiformes: alto número de enfermedades cortas, con diversas quejas, sobre todo dolor, y los hombres como somatizadores asténicos: menos diversidad de quejas, más discapacidad y crónica, fatiga y debilidad. El somatizador asténico consulta menos y es más invisible, por lo que la somatización en hombres puede quedar infra-registrada.

También la depresión se manifiesta diferente:

> Las mujeres presentan diferente expresión sintomatológica con el mismo trastornos psiquiátrico, por ejemplo, en la depresión. Mientras que las mujeres tienden a mostrar más quejas somáticas, apatía, aumento de peso, tendencia al llanto y sole dad (J.Show y cols., 1995), los hombres tienden a la irritabilidad a las rumiaciones y a la inhibición (Isabel Montero, 2007).

Dice Anne Maria Müller-Leimkühler:

> Los elevados índices de suicidio y alcoholismo en los hombres apoyan considerablemente el concepto de depresión masculina propuesto por Rutz y cols. (1995, 1997). Supone que la depresión en los hombres está enmascarada por la irritabilidad las expresiones de cólera, por comportamiento hostil-abusivo-agresivo y por la alexitimia (dificultad en expresar verbalmente las emociones). Estos síntomas son compatibles con las emociones y comportamientos social y culturalmente aceptados en los hombres; indican que la respuesta al estrés y los síntomas vienen determinados en su mayor parte por patrones específicos de género (Müller-Leimkühler, 2001, pág. 100).

Es muy interesante comprobar que en sociedades en las que la religión proscribe el alcohol y el suicidio, y la población cumple con esta prohibición, como las sociedades hebreas ortodoxas, los hombres presentan las mismas tasas de depresión que las mujeres (K. L¿5wenthal y cols., 1995 citado por Müller-Leimkühler, 2001). Todo esto apunta a que no es que los hombres estén mentalmente más saludables sino que ambos sexos, por razones de género, enferman de forma distinta frente a las presiones de la vida.

A continuación, también hay diferencias en los patrones de búsqueda de ayuda ante alteraciones mentales (ESM, 2006). Las mujeres consultan sus problemas en atención primaria más que los hombres (Fransje W.Van der Waals, 1991; TB. Ustum y cols., 1995; 0. Saarento y cols., 2000). Sin embargo, los hombres tienden a solicitar más que ellas tratamiento especializado, especialmente cuando se trata de problemas con el consumo de alcohol (LM. Allen, 1998;), además de que los hombres acuden al sistema cuando están más graves (M.a Teresa Ruiz, 2001).

Como dice Anne Maria Müller - Leimkühler (2002), las expectativas del rol de género deben actuar como mediador en la demanda de ayuda, favoreciendo la demanda en mujeres y impidiéndola en los hombres, cuyos atributos de masculinidad tienden a que no perciban, no valoren y nieguen los síntomas y malestar y perciban que la enfermedad amenaza su identidad masculina, funcionando como barreras para la búsqueda de ayuda.

En definitiva, las mujeres informan de enfermedad más que los hombres (Ellen Annandale, 1990): porque el rol de enferma es socialmente más aceptado que para los hombres y porque pedir ayuda y consultar en los servicios sanitarios es más coherente con el rol de mujer esperado que para los hombres.

Otro aspecto que contribuye a las diferencias y del que existe evidencia amplia es la existencia de sesgos de género en el diagnóstico y tratamiento

> Debemos considerar el sesgo de género en salud mental ya que, en general, el personal sanitario tiene mayor tendencia a diagnosticar depresión a mujeres que a hombres, aunque se detecten resultados similares en ambos sexos cuando se realizan evaluaciones precisas (por ejemplo, mediante cuestionarios clínicos o entrevistas estructuradas), en cuyo caso los síntomas que presentan hombres y mujeres vienen a ser idénticos y de intensidad equiparable (Isabel Montero y cols., 2004) (ESM 2006, pág. 24).

El distinto enfoque con que médicos y médicas diagnostican y tratan a las mujeres es debido a la acción de estereotipos sociales de género, resumibles en la minusvaloración de las mujeres (Rebeca Furhrer y cols., 1995) y considerarlas 'trastornadas' y `locas' (Phyllis Chesler, 1972) emocionalmente lábiles, y los hombres como máquinas emocionalmente invulnerables, para quienes fumar y beber son signos de masculinidad. Estereotipos ya detalladamente identificados en la atención a la salud mental por Inge K.Broverman y cols. (1970), y aún vigentes y que actúan sutil e involuntariamente sobre actitudes y actos, tanto de pacientes como de sanitarios/as.

En los tratamientos, también se producen sesgos. La probabilidad de que a las mujeres se les receten psicofármacos es más elevada que en los hombres (OMS, 2001; MSC, 2004; MSC, 2005). Es un efecto de inequidad con peor calidad de la atención, si se tiene en cuenta que la medicalización cronifica en la pasividad, funcionando en contra del restablecimiento de la autonomía de la persona. También parece encontrase mayor indicación en hombres de psicoterapias, que son recursos más costosos, a la par que potencialmente más eficaces y que tienden más a buscar la curación versus la cronificación pasiva como los psicofármacos (Sara Velasco y cols., 2007).

En conjunto, sumada la variabilidad de género en cada uno de los aspectos, desde la experiencia de enfermar, sus manifestaciones, las formas de búsqueda de ayuda, y los sesgos en la atención, no está claro que el patrón actual de distribución por sexos de los trastornos mentales comunes, tenga una buena parte de artefacto de género. Debería investigarse más sobre este punto y realizar análisis de situación que fueran sensibles a descubrir estos componentes.

Capítulo 11

Propuestas de intervención con enfoque de género en salud mental

11.1. PATRONES DE ENFERMEDAD Y PRIORIDADES

11.1.1. Lo mds prevalente y perfiles diferenciales de género

Del análisis de situación se deduce que la mayor carga de problemas mentales en la población corresponde a los trastornos mentales comunes (trastornos del ánimo, ansiedad, somatizaciones y consumo de alcohol y otras drogas).

La enfermedad mental presenta una dicotomía principal por sexos: frecuencia de depresión el doble en mujeres versus trastornos por consumo de alcohol el triple en hombres. Es una desigualdad de género en el estado de salud con alto significado de género. Desigualdad porque está causada por factores psicosociales de género evitables e injustos. Tanto la depresión como los trastornos por consumo de sustancias, están sobredeterminados por los roles de género diferenciales por sexos; por las formas distintas de experimentar la enfermedad y de búsqueda de ayuda de ambos sexos; aumentan con los factores socioeconómicos desfavorables, y con las condiciones de multiculturalidad e inmigración; están también afectados por sesgos de género en el diagnostico y tratamientos. Es decir, la diferencia está determinada por todas las categorías de análisis de género.

Por todo ello, estas prevalencias por sexos pueden tomarse como un trazador de desigualdades sociales y de género en salud mental.

Se propone introducirlo como indicador sensible para monitorizar los cambios de género determinantes.

11.1.2. Atención a necesidades de género

Dice OMS, que reducir la sobre-representación de mujeres en los TMC, especialmente en depresión, debe ser un objetivo urgente para disminuir la carga de enfermedad mental cara a 2020. Así mimo, cualquier acción que repercuta en me jorar las condiciones sociales de género que colocan a las mujeres en estatus social desfavorable, dependencia, pasividad aislamiento y menor control sobre sus vidas, factores de género determinantes de depresión, puede disminuir notablemente las tasas de depresión de la población.

Se deberían pensar líneas de atención para los síndromes del malestar (TMC en sentido ampliado, incluyendo somatizaciones y dolores sin causa orgánica) que muestran la mayor carga sobre las mujeres de edad adulta y madura, que empeora en

mujeres de clases sociales desfavorecidas, menor nivel de estudios y mujeres extranjeras.

Y por su gravedad y repercusión en etapas muy vulnerables del ciclo vital, los trastornos de conducta en niños y adolescentes, que además aumentan de frecuencia en clases socales bajas y extranjeros. A los trastornos de la alimentación en las adolescentes yjóvenes, además de las demencias en la vejez.

Visibilizar y priorizar este tipo de problemas, no impide que se preste atención a otros de menor prevalencia o mayor gravedad, como los trastornos mentales graves.

11.2. ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

11.2.1. Transformación de modelos sociales y de género

-Prevenir los trastornos depresivos y de ansiedad en mujeres atendiendo a los procesos psicosociales de género que los favorecen.

-Prevenir los efectos adversos de la función de cuidadora en las mujeres (empobrecimiento, aislamiento, pérdida de opciones de trabajo y desarrollo personal, falta de apoyo social, inseguridad, estrés, morbilidad psicofísica) y tomar medidas para rebalancear el reparto familiar y social de esta función.

-Prevenir la violencia de género y los factores socioculturales que la mantienen.

-Influir en los modelos sociales de vulnerabilidad para los trastornos de la conducta alimentaria.

-Prevenir el consumo de sustancias, incluido el alcohol, atendiendo a los procesos psicosociales de género que los favorecen.

Las acciones de promoción y prevención deberían ir encaminadas a la transformación social y personal del balance de la estructura de género. Quiere esto decir que se trataría de acciones y métodos que contribuyeran a cambiar los modelos sociales y el funcionamiento de las personas.

Para ello, un método es la promoción de actividades grupales en la comunidad y en los servicios socio-sanitarios para re-socialización en modelos de género que modifiquen los procesos de vulnerabilidad para el malestar mental y TMC, especialmente para las mujeres. Uno de los de mayor importancia a modificar es liberar a las mujeres del impacto del rol de cuidadoras, desarrollando acciones que desplacen el acento de las intervenciones dirigidas a familiares de enfermos mentales, desde la adaptación a la situación y adiestramiento para mejorar los cuidados impartidos, como se suele hacer en los grupos actuales, hacia el desarrollo de recursos comuni tarios y el cuidado de la cuidadora y alternativas para compartir o evitar la función de cuidado.

Para la acción social sobre este proceso, favorecer la creación de recursos para el cuidado de enfermos mentales y la aplicación de la Ley de Dependencia para redistribuir la carga. Favorecer un clima social valorizador y desculpabilizador acerca del cuidado de las personas dependientes en las instituciones y residencias.

11.2.2. Promover los factores protectores de la salud mental. Transformación y resocialización

Los métodos deberían promover los factores protectores psicosociales y de género. Promover:

-la autonomía y empoderamiento de las mujeres;

-contar con autoestima y un proyecto propio,

-sociabilizarse y participar en la construcción social,

-liberarse de los ideales sociales tradicionales de género y de los nuevos ideales sociales de consumo, éxito y cuerpos modélicos,

-tender a las relaciones igualitarias entre mujeres y hombres.

Incorporar el concepto y práctica de la re-socialización como forma de elaboración de los factores psicosociales asociados al malestar y los TMC y promoción de los factores protectores. El concepto de re-socialización significa realizar un trabajo personal de revisión y elaboración de los modelos sociales y modelos de género que sostienen a la persona, siendo el trabajo grupal el que mejor se adapta a ello (Begoña López Dóriga (compl.), 2002; Amparo Albiñana y cols., 2006), elaborando una nueva socialización personal en modelos protectores para la salud.

11.3. SOBRE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

Promover el desarrollo de métodos innovadores y aplicables de atención biopsicosocial sensibles a los determinantes de género que posibiliten el cambio de actitudes y transformación personal de género. Métodos centrados en el/la paciente que se apoyen en:

-activación y auto-responsabilidad de los y las pacientes,

-posibilitar el cambio de actitudes y transformación personal,

-colaboración y participación,

-incidan sobre los procesos determinantes psicosociales y de género,

-eviten la medicalización y disminuyan el uso de psicofármacos.

Se ha diseñado, probado y evaluado un método biopsicosocial para atender cuadros de ansiedad, depresión, somatizaciones y dolor sin causa orgánica, incluyendo síndromes funcionales como fibromialgia, fatiga crónica y colon irritable, cuadros que se unifican bajo el término malestar de las mujeres (Sara Velasco, 2006c)'. Está pensado para ser aplicado por los profesionales de atención primaria y añade al modelo biopsicosocial clásico, intervención para utilizar el potencial terapéutico del análisis de la subjetividad, además de incorporar acción sobre los determinantes de género. Este método es el que se ha esbozado en el capítulo 9 sobre métodos para la clínica y se han venido mencionado algunos resultados encontrados en una muestra de 412 pacientes (349 de mujeres y 63 de hombres) atendidos con el método (Figuras 16 y 17). En la evaluación realizada de la aplicación de método en la clínica se comenta que (Velasco y cols., 2007). Los y las profesionales participantes estiman una prevalencia de síndromes del malestar del 30% de sus pacientes (80% de los cuales son mujeres). El 95% de los casos son declarados por médicos/as y el 5% por enfermería y trabajo social. Los resultados más relevantes sobre la efectividad el método son los siguientes:

El rango de edad de pacientes de atendidos es de 8 a 91 años. Y el grupo de edad mas frecuente ha sido de 35 a 54 años (51,4% de los casos). Se recoge un 2% de niños/as y adolescentes. Los cuadros clínicos más frecuentes encontrados son, para las mujeres, síntomas y síndromes funcionales (57,9%), ansiedad (38,4%), depresión (37,8%) y dolor (músculo-esquelético y cefaleas) (36,1%). Es de destacar que se han tratado 31 casos de fibromialgia y 3 de fatiga crónica (todos en mujeres) y 7 casos de colon irritable (1 en un hombre). Mientras que para los hombres, los más frecuentes son también los síntomas somáticos (58,7%), aunque no se encuentran ente ellos síndromes funcionales, sino principalmente somatizaciones de tipo cardiovascular (opresión precordial, dolor torácico no cardiaco y palpitaciones) y ansiedad (41,3%), incluso más que en las mujeres y los síntomas anímicos (41,3%). Varía en los hombres la menor frecuencia de dolor (22,2%) y especialmente la depresión (17,5%) con la mitad de frecuencia que en mujeres. En edades más jóvenes es más frecuente la ansiedad y, en los siguientes grupos de edad, aún manteniéndose las somatizaciones y la ansiedad en cabeza en ambos sexos, va aumentando en mujeres la importancia relativa de la depresión y los dolores músculo-esqueléticos y aparecen la fibromialgia y fatiga crónica, que son mucho más frecuentes en mujeres que en hombres a todas las edades. La comorbilidad entre los diversos cuadros que se han encontrado es del 40% en mujeres y 25% en hombres.

Se han encontrado relaciones significativas para las mujeres, entre depresión y duelo y malos tratos, aunque parece que en las mujeres son depresógenos cualquiera de los factores psicosociales y que cualquiera de ellos se relaciona con todas las manifestaciones del malestar. Los problemas de trabajo y estudios, sin embargo, son los que se asocian más claramente con mayores niveles de ansiedad - somatizaciones diversas (41,2%) y ansiedad (25,5%-, y menos con depresión (17,6%) y dolor (13,7%), teniendo en cuenta que es un factor más frecuente en mujeres jóvenes, también por ello más tendentes a ansiedad.

En cuanto a la mejoría clínica producida en los casos por la intervención biopsicosocial, se estima en base a dos conceptos: los cambios psicosociales y subjetivos y la mejoría de los síntomas y disminución del uso de fármacos. El efecto de cambio subjetivo implica que el o la paciente, mediante la localización de la circunstancia biográfica o factor psicosocial significativo y el desciframiento y señalamiento de la relación con su sintomatología, realizada con el o la profesional, se da cuenta de la posición pasiva y/o enfermante en que se encuentra e inicia cambios, tanto en sus circunstancias sociales como en la posición frente a ellas. La mejoría clínica de los síntomas y la disminución o suspensión del uso de fármacos son consecuencia de estos efectos de cambio previos. Así, se han producido efectos de cambio en el 77% de las personas atendidas, prácticamente igual en ambos sexos.

La mejoría clínica de los síntomas experimentada por los y las pacientes es estimada por los y las profesionales declarantes basándose en el grado de desaparición de los síntomas somáticos, dolor y de los síntomas anímicos, además de la disminución o suspensión del uso de psicofármacos y analgésicos. El 71% de los hombres y el 46% de las mujeres han mejorado totalmente (desaparecen los síntomas somáticos y anímicos y no se usan psicofármacos) o de forma muy apreciable (desaparecen los síntomas somáticos o bien los anímicos o mejoran ambos y se reduce el consumo de psicofármacos aunque no desaparezca).

La frecuencia de mejoría es mayor en los grupos de edad más jóvenes, tanto en hombres (93,7% de los casos de hombres hasta 34 años han tenido mejoría total) como en mujeres (63,9% de mejoría total en ese mismo grupo de edad). Los hombres han mejorado con más frecuencia que las mujeres en todos los grupos de edad.

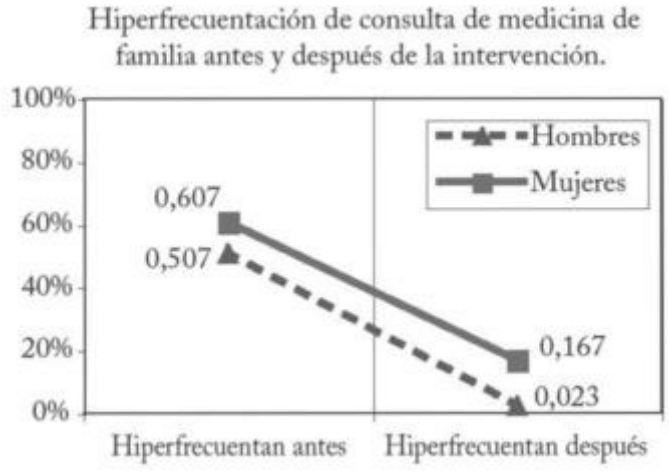
En cuanto al consumo de psicofármacos y analgésicos y su disminución o suspensión, se produce de forma variable en todos los grados de mejoría. El 83,5% de pacientes ha disminuido o suprimido los psicofármacos y analgésicos. El 22,6% ya no precisa fármacos y el 60,9% ha disminuido su consumo.

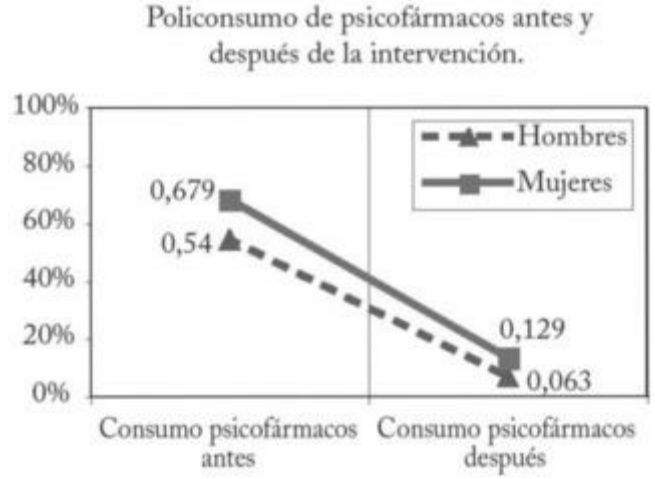
Se valoraron indicadores de uso de recursos. Tanto la frecuentación de consultas de medicina general como de especializada era alta antes de la intervención. Se produce una media de descenso del uso de servicios y fármacos del 93% en hombres y el 77,8% en mujeres (Figura 18).

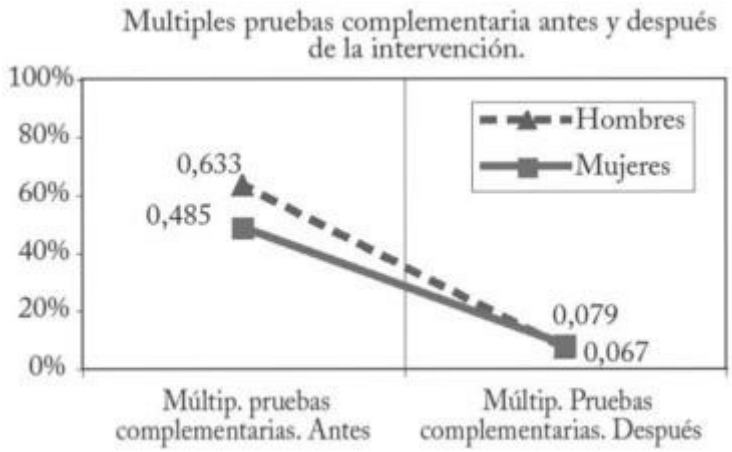
El 60,7% de las mujeres y el 50,7% de los hombres atendidos hiperfrecuentaban la consulta de medicina de familia antes de la intervención. Siguen hiperfrecuentando después sólo el 16,7% de las mujeres y el 2,3% de los hombres. Frecuentaban otros servicios por encima de lo que es esperable para su estado de salud, el 52% de las mujeres y el 63% de los hombres Esta frecuentación baja al 11% en las mujeres y el 3% en los hombres. Utilizaban múltiples pruebas en más cantidad de lo que el médico/a indicaría, el 48,5% de las mujeres y el 63,3% de los hombres antes de la intervención y se reducen a 7,9% en mujeres y 6,7% en hombres después de la intervención. Con consumo continuo de antidepresivos o ansiolíticos antes de la intervención, el 67,9% de las mujeres y el 54% de los hombres y desciende a 12,9%

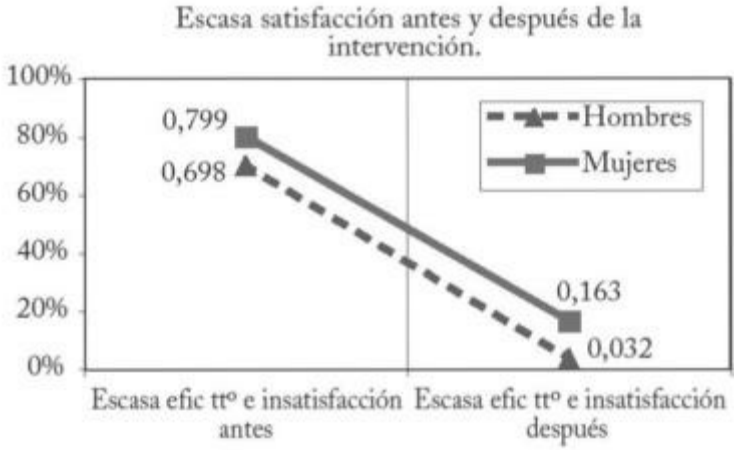
de las mujeres y 6,3% de los hombres. Y antes de la intervención encontraban escasamente eficaces los tratamientos e insatisfacción del paciente el 79,9% de las mujeres y el 69,8% de los hombres y desciende al 16,3% de las mujeres y el 3,2% de los hombres.

FIGURA 18.-Indicadores de hiperfrecuentación, uso de psicofármacos y satisfacción de pacientes, antes y después de intervención biopsicosocial









Fuente: Sara Velasco y cols., 2007.

Esta intervención ha obtenido resultados alentadores para la estrategia de proporcionar métodos no farmacológicos que resuelvan en atención primaria los trastornos mentales comunes.

Por otra parte promover instrumentos psicoterapéuticos accesibles, tanto para hombres como para mujeres. Y grupos de mujeres de apoyo terapéutico.

11.4. SOBRE FORMACIÓN DE PROFESIONALES

Desarrollar acciones de sensibilización y formativas de profesionales para evitar la atención bajo los efectos de estereotipos sociales, en especial los sesgos de género.

Promover formación que incluya el género como enfoque y la atención a los determinantes psicosociales de género.

Promover investigación sobre factores psicosociales y de género asociados a la salud y enfermedades mentales.

11.5. ANÁLISIS DE IMPACTOS DE GÉNERO

Los análisis de situación de la salud mental que no desagregan la información por sexos, producen un impacto negativo de género, porque no visibilizan los patrones distintos, ocurriendo que habitualmente el patrón tomando como general es el masculino, quedando invisibilizadas las necesidades de las mujeres.

No se puede visibilizar el perfil diferencial de peor salud mental de las mujeres y que este se debe al mayor peso de los TMC, por lo que se puede tender a interpretar el estado de salud mental en función de su apariencia en hombres y de su gravedad (por ingresos hospitalarios, consumo de recursos, suicidios...), señalando a los trastornos mentales graves, trastornos de conducta y consumo de sustancias como los procesos prioritarios, siendo los hombres el grupo que más los padece, sobre todo jóvenes. Cuando en realidad, la mayor prevalencia de trastornos mentales, con mucha

diferencia, son los comunes y estos afectan el doble a las mujeres, especialmente de edad madura.

De este modo, queda condicionada la planificación y programación de acciones, en la que pueden no tomarse medidas para mejorar la salud mental de las mujeres en los aspectos que más les afectan y desembocar en inequidades.

Del mismo modo, las acciones y medidas respecto a un factor de vulnerabilidad del mayor impacto actualmente sobre la salud de las mujeres, que es la tarea del cuidado, deberían tener la precaución de no dejar a las mujeres fijadas en esta tarea, invisibilizando su riesgo y no modificando el balance de la estructura social de género que les asigna el rol obligado de cuidadoras. Modificar este balance social de forma que tienda al progreso de la igualdad y equidad es un criterio de buenas prácticas de género (ONU, 1999).

En los abordajes terapéuticos debe tenerse en cuenta si perpetúan la estructura de género que es fuente de vulnerabilidad, es decir, si se actúa afianzando los roles dicotómicos de género que dejan a las mujeres el espacio doméstico o en la pasividad y dependencia y favorecen en los hombres para la adicción al trabajo y la vida pública y la agresividad.

Asimismo, el impacto negativo de género es altísimo si se perpetúan métodos farmacológicos de tratamiento, en detrimento del desarrollo de métodos psicoterapéuticos o psicosociales.

La salud mental de mujeres y hombres es un sensor fiel de los modos de vida y para mejorarla es necesario aunar esfuerzos intersectoriales, actuando bajo una concepción de salud mental y no de trastornos psiquiátricos.

BIBLIOGRAFÍA

ACHOTEGUI, Joseba, «Migración y crisis: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)», Avances en Salud Mental y Relaciona¡, 2008, 7 (1), págs. 1-29.

ALSIÑ'NA, Amparo; COSTA, Pilar y SOLER, Francisca, Calidad e vida y mujer de mediana edad. Guía de apoyo a los talleres de educación grupal, Valencia, Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat, 2006.

ALCOFF, Linda, «Feminismo cultural versus post-estructuralismo: la crisis de identidad de la teoría feminista», Debats 2002, 76, págs. 18-41 (1.a edición de 1988).

ALEMAN, A.; KHAN, R. S. Y SELTEN, J. P., «Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis», Archives General Psychiatry, 2003, 60, pág. 565.

ALIJOTAS, Jaume; ALEGRE, José y Fernández-Solá y1cols., «Documento de consenso sobre el diagnóstico del síndrome de fatiga crónica Catalunya», Medicina Clínica, 2002, 118, págs. 73-76.

ALIZa'E, Mariam y SEELING, Beth (compls.), El techo de cristal. Perspectivas psicoanalíticas sobre las mujeres y el poder, Buenos Aires, Grupo Editorial Lumen, 2007.

ALLEN, L. M. y cols., «tender differences in factor structure of the Self Administered Alcoholism Screening Test», Journal of Clinical Psychology, 1998, 54, págs. 439-445.

ALTÉS, Anna; FERRANDO, Josep; MENDIVIL, Joan y BORRELL, Carme, Análisis de las desigualdades de género y clase social en el desempeño de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas, Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

ÁLVAREZ, Bonifacio; ALONSO, J.L.; ALEGRE, J. y cols., «Síndrome de fibromialgia: características clínicas de las pacientes españolas», Revista Española de Reumatología, 1996, 23, págs. 76-82.

ALVAREZ, Juan Carlos; GUILLÉN, Francisco; PORTELLA, Eduard y TORRES, Neus, Los problemas de salud infantil. Tendencias en los países desarrollados, Barcelona, Faros Sant Joan de Déu, 2008.

ALVAREZ DARDEI', Carlos, «Razones para no decidir con prisas», El País, 6 del noviembre de 2007.

AMORÓS, Celia, Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y postmodernidad, Madrid, Cátedra, 1997.

«Feminismo y perversión», en Luisa Posada, Sexo y esencia. De esencialismos encubiertos y esencialismos heredados: desde un feminismo nominalista, Madrid, Horas y Horas, 1998.

y Miguel, Ana de (eds.), Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Del feminismo liberal a la posmodernidad, Madrid, Minerva, 2005.

ANDERSEN, 'Pom, The r jlecting team: dialogues an dialogues about dialogues, Nueva York, Norton Books, 1990.

ANNANDALE, Ellen y HUNT, Kate, «Masculinity, feminity and sex: an exploration of their relative contribution to Explaining Gender Differences in Health», Social Healtb Illness, 1990, 12 (1), págs. 24-46.

ANSSEAU, Marc; FISCHLER, Benjamin; DIERIcx, Michel y cols., «Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study», European Psychiatry, 2005, 20(3), págs. 229-235.

AN roLíN, Luisa y MAZARRASA, Lucía, Cooperación en salud con perspectiva de género, ISCIII, FNUAP, FPFE, 1997.

ARAGONÉS, Enric; LABAD, A. Y PIÑOL, J. L., «Estudio de los trastornos depresivos en atención primaria de salud», Psiquiatría Biológica, 2005, 12(2), págs. 58-61.

ARBER, Sara, «Class, Paid Employment and Family Roles: Making Sense of Structural Disadvantage, Gender and Health Status», Social Science and Medicine, 1991, 32, 4, págs. 425-436.

«Comparing Inequalities in Women's and Men's Health: Britain in the 1990s», Social Science and Medicine 1997, 44, 6, Mar, págs. 773-787.

ARIYO, Abraham A.; HAAN, Mary y TANGEN, Catherine M., «Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group, Depressive Symptoms and Risks of Coronary Heart Disease and Mortality in Elderly Americans», Circulation, 2000, 102, págs. 1773.

ARTAZCOZ, Lucía; BORRELL, Carmen; ROHLFS, Izabella y cols., «Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada, Gaceta Sanitaria, 2001, 15, págs. 150-153.

Benach, Joan; Borrell, Carmen y cols., «Unemployment and Mental Health: Understanding the interactions Among Gender, Family Roles ad Social Class»,

American Journal Public Healtb, 2004, 95, págs. 82-88.

Desigualdades de Género en la saluden la Población de 25 a 64 años, Barcelona, Informe para la Agencia de Salud Pública de Barcelona, 2005a.

Benach, Joan; Borrell, Carmen y cols., «Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health», Journal ofEpidemiology Community Healtb, 2005b, 59, págs. 761-767.

Borrell, Carmen; Cortés, Inma; Escribá-Agüir, Vicenta y Cascant, Lorena, «Los determinantes de la salud en una perspectiva integradora de los enfoques de género, clase social y trabajo», en Carme Borrell y Lucía Artazcoz (coords.), Investigación en género y salud, 5.a Monografía Sociedad Española de Epidemiología, 2007a, págs. 21-43.

«La contribución de la división sexual del trabajo a las desigualdades de género en la salud», Ponencia en IV Foro de Mujeres Salud y Género. La salud en las edades centrales de la vida, Observatorio de Salud de la Mujer, Madrid, 6 y 7 de noviembre, 2007b.

ASHTON, John y SEYMOUR, Howard, La Nueva Salud Pública, Barcelona, Masson, 1990.

ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA, La salud y la desigualdad social y de género en Andalucía. Primer informe, 2007.

AS BURY, Hill, «Mental Health en gender», Global Health Equity Initiative project on «Gender and Health Equity» 1999.

AzUBEL, Alicia, Medicina y Psicoanálisis. Evolución del concepto de neurosis en el campo médico, Buenos Aires, Homo Sapiens, 2001.

BABI, Pilar; RoviRA, Aurora; MESTRES, Cristina y cols., «Maltrato a la mujer: características clínicas y abordaje desde la atención primaria de salud. Estudio descriptivo», Ponencia en VI Seminario de las Red de Médicas y Profesionales de la Salud, Barcelona, 1 de octubre de 2004.

BALINT, Michael, El medico, el paciente y la enfermedad, Buenos Aires, Libros Básicos, 1986 (1.a edición de 1960).

BART, Pauline B., «Depression in the middle-aged woman», en Vivian Gornnick y Barbara K.Moran (eds.), Woman in Sexist Society, Nueva York, Basic Books, 1971.

BATESON, Gregory y RUESCH, Jurgen, Comunicación. La matriz social de la psiquiatría, Barcelona, Paidos, 1984 (1.a edición de 1951).

BEAUVOIR, Simone de, El segundo sexo. La experiencia vivida, Buenos Aires, Siglo xx, 1982 (1.a edición de 1949).

BELTRÁN, Elena; MAQUIEIRA, Virginia; ALVAREZ, Silvina y SÁNCHEZ, Cristina, Feminismos: debates teóricos contemporáneos, Madrid, Ciencias Sociales, Alianza, 2001.

BELZER, Kenneth y SCHNEIER, Franklin R., «Comorbidity of Anxiety and Depressive Disorders: Issues in Conceptualization, Assessment, and Treatment», Journal of Psychiatric Practice, 2004, 10(5), págs. 296-306.

BENACH, Joan y MuNTANER, Caries, «Desigualdades en salud: una epidemia que podemos evitar», Entrevista por Salvador López Arnal para Rebelión, 2008. Disponible en: http:// www.rebellon.org/noticia.php?ld=72000

BENSING, Jozien M. y DRANxERS, J., «Instrumental and afective of pshysician behaviour» Medical Care, 1992, 30, págs. 283-297.

Van den Brink-Muinen, Atie y Bakker, D. H., «Gender differences in practice style: a dutch study of general practitioners», Medical Care, 1993, 31, págs. 219-229.

Hulsman, R. y Schreurs, K., «Gender differences in fatigue. Biopsychosocial factors relating to fatigue in men and women», Medical Care, 1999, 37 (10), págs, 1078-1083.

Tromp, Fred; Van Dulmen, Sandra y Van den Brink-Muinen, Atie, «Shifts in doctorpatient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped General Practice consultations with hypertension patients», BMC Family Practice, 2006, 7, pág. 62.

BERGER, Meter y LUCKMANN, Thomas, La construcción social de la realidad, Buenos Aires, Amorrortu, 1968.

BERNARD, Jessie, «The paradox of the happy marriage», en Vivian Gornick y Barbara K. Moran (eds.), Woman in Sexist Society, Nueva York, Basic Books, 1971.

BERTAKIS, K.D.; HELMS, L.J.; CALLAiÁN, E. J. y cols., «Patient gender differences in the diagnosis of depression in primary care» journal of Women Healtb Gender Based Medicine, 2001, sep. 10(7), págs. 689-698.

BLANCO, Pilar; GARCÍA DE VINUESA, Leonor; RUIZ-JARABO, Consue y cols., «La violencia de pareja y la salud de las mujeres Gaceta sanitaria», Informe SESPAS 2004, La salud pública desde la perspectiva de género y clase social, págs. 182-188.

BLÚMER, Herbert, Symbolic interactionism: Perspectiva and method, Prentice Hall,

New Jersey, 1969.

BONDER, Gloria, Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente, Centro de Estudios Sociológicos, México, 2006, [On Line] http://www.colmex.mx/centros/ces/piem/ lectura4.doc.

BONINO, Luis, «Varones, género y salud mental: deconstruyendo la «normalidad» masculina», en Marta Segarra y Angels Carabí (eds.), Nuevas masculinidades, Barcelona, Icaria, 2000.

BORRELL 1 CARRIÓ, Francesc, Manual de entrevista clínica, Madrid, Doyma, 1992.

«El modelo biopsicosocial en evolución», Medicina Clínica, Barcelona, 2002, 119(5), págs. 175-179.

Suchman, Anthony y Epstein, Ronald, «The Biopsychoscial Model 25 Years Later: Principies, Practice and Scientific Inquiry», Annales ofFamily Medicine, 2004, 2(6), págs. 576-582.

BORRELL, Carme y BENACH, Joan (coords.), Les desigualtats en la salut a Catalunya, Informe CAPS-FundacióJaume Bofill, Barcelona, Mediterránea, 2003.

-GARCíA-CALVENTE, M.a del Mar y MARTí-BOSCA, J. V. (eds.), «La salud pública desde la perspectiva de género y clase social», Informe de la Sociedad española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004, Gaceta Sanitaria, 2004, vol.18, supl. 1.

BORRELL, Carme y BENACH, Joan (coords.), Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya, Barcelona, Mediterranea, 2005.

BREILH, Jaime, Epidemiología crítica, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2003.

BRIDGES, K. W. y GOLDBERG, D. P., «Somatic presentation of DSM-111 psychiatric disorders in primary care», Journal of Psychosomatic Res, 1985, 29, págs. 563-569.

BRITT, Marie Thurén, «bel sexo al Género. Un desarrollo teórico 1970-1999», Antropología, 1992, n° 2, págs. 31-55.

BROVERMAN, Inge K., BROVERMAN, D.M.; CLARKSON, F. E. y cols., «Sex role stereotypes and clinical judgment of mental health» journal Consulting Clinical Psychology, 1970, 34, págs. 1-7.

BRUCULAT, Pilar; SÉCULI, Elisa y FUSTÉ, Josep, «Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a través de las fuentes disponibles», Gaceta. Sanitaria, Ener 2001, 15 (01), págs. 54-60.

Buxii, Mabel; MONCARAZ, Esther y VELÁZQUEZ, Susana, El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada, Buenos Aires, Paidós, 1991.

BURIN, Mabel y MELER, Irene (coords.), Género y Familia. Poder, Amor y Sexualidad en la Construcción de la Subjetividad, Buenos Aires, Paidós, 1998.

«Género y Psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables», en Psicoanálisis, Estudios Feministas y Género, Psicomundo [On line] http://www.psicomundo.com/foros/genero/ subj etividad.htm

-Psicoanálisis y género: 20 años después: Entre la esperanza y el desencanto, Foros Temáticos, Psicoanálisis, Estudios Feministas y Género, disponible en: http://psiconet.com/foros/ genero/20anos.htm.

BusFIELD, Joan, «Mental Illness as Social Product or Social Construct: A Contradiction in Feminists' Arguments?», Social Health Illness, 1988, Dec 4, 10, págs. 521-542.

BUTLER, Judith, El género en disputa, El feminismo y la subversión de la identidad, México, Paidós, 2001a (1.a edición de 1990).

Mecanismos psíquicos del poder. Teoría sobre la sujeción, Madrid, Cátedra, 2001b (1.a edición de 1997).

Deshacer el género, Barcelona, Paidós, 2006 (1.a edición 2004).

BUZZATTI, Gabriela y SALVO, Anna, El cuerpo palabra de las mujeres. Los vínculos ocultos entre el cuerpo y los afectos, Madrid, Cátedra, Instituto de la Mujer, 2001 (1.a edición de 1998).

BYRKE, J. D. y REGIER, D. A., «Epidemiología de los trastornos mentales», en R.E.Hales, S.C.Yudofsky y J.A.Talbott (eds.),Tratado de Psiquiatría, Barcelona, Ancora, 1996.

CAMPBELL, J.L.; RAMSAY, J. y G1EEN, J., «Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care», Qual Health Care, 2001 Jun, 10(2), págs. 90-95.

CANETTI, Elias, Masa y Poder, Madrid, Alianza, 1987 (1.a edición de 1960).

CASSEL, J., «The contribution of the social enviionment to host resistance», American Journal ofEpidemiology, 1976, 104, págs. 107-123.

CASTAÑO, Mónica; MENESES, Carmen; PALOP, Mercedes y cols., Intervención e drogodependencias con enfoque de género, Madrid, Instituto de la Mujer, 2007.

CEBEIRO, Marcelo y LINARES, Juan Luis, Ser y hacer en terapia sistémica. La

construcción del estilo terapéutico, Madrid, Paidós, 2005.

CENTER OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION, Prevalence of Self-Reported Postpartum

Depressive Symptoms, 17 States 2004-2005, MMWR 2008; 57(14): 361-366.
CHALMERS, Alan, ¿Qué es esa cosa llamada ciencia?, Madrid, Siglo Veintiuno de España, 2000.

CHESLER, Phyllis, Women and Madness, Nueva York, Doubleday, 1972.

«Paciente y patriarca. Las mujeres en la relción psicoterapéutica», en Carmen Sáez Buenaventura (ed.), Mujer, locura y feminismo, Madrid, Dédalo, 1979.

CHOCRÓN, Bentata; LEVY, Franch J.; LEGAZPI, I. y AuQUER, Franch L., «Prevalencia de Psicopatología en un centro de atención primaria», Atención Primaria, 1995,16, págs. 586-590.

CHORODOw, Nancy, El ejercicio de la Maternidad. Psicoanálisis y Sociología de la Maternidad y Paternidad en la Crianza de los Hijos, Barcelona, Gedisa, 1984 (1.a edición de 1978).

-«Techos de cristal, pisos pegajosos y muros de hormigón: barreras internas y externas para el trabajo y la realización de la mujer», en Mariam Alizade y Beth Seeling (comp.), El techo de cristal. Perspectivas psicoanalíticas sobre las mujeres y el poder, Buenos Aires, Grupo Editorial Lumen, 2007, págs. 29-43.

Cixous, Héléne, La risa de la medusa. Ensayos sobre la escritura, Barcelona, Anthropos-Madrid, Consejería de Educación, 1995 (1.a edición de 1975).

CLÉMENT, Catherine y KRISTEVA, Julia, Lo femenino y lo sagrado, Madrid, Cátedra, 2000 (1.a edición 1998).

COLECTIVO DEL LIBRO DE LAS MUJERES DE BOSTON, Nuestros cuerpos, nuestras vidas, edición española de Leonor Taboada, Margarita López, Carme Valls-Llobet y Montse Cervera, Barcelona, Plaza y Janés, 2000 (1.a edición de 1971).

COLLADO, Antonio; ALIJOTAS, Jaume; BENITO, Pere y cols., «Documento de consenso, diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña», Medicina Clínica, 2002, 118, págs. 745-749.

CO VIESAÑA, Gloria, «Aproximación a las características metodológicas de los Estudios de la Mujer», en Frónesis, Revista de Filosofía Jurídica, Social y Política, vol. 5, núm. 3, diciembre de 1998.

CONDE, Fernando, El estrés en las mujeres trabajadoras: sus causas y sus

consecuencias, Madrid, Instituto de la Mujer, 2000.

CONSENSSUS DOCUMENT ON FIBROMYALGIA: The Copenhagen Declaration, Journal of Musculoskeletal Pain, 1, Nueva York, The Haworth Press Inc., 1993.

DALY, Mary, Gyn/Ecology, Boston, Bea con, 1978.

DE ARMAS, Araceli, «Concepto de salud y Su evolución. El ser humano», en M.a Asunción González de Chávez, Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y Género, Madrid, Siglo xxi, 1993.

DE KEIJZER, Benno, Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud masculina, Disponible en:http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx/paginas/reporteBenodekeijzer.htm#_ftnl

DE LA CRUZ, Carmen, Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo, Vitoria /Gasteiz, Emakunde, Instituto Vasco de la Mujer, 1998.

DE ONís, Mercedes y VILLAR, José, La mujer y la saluden España. Informe básico, vols. 1-IV, Madrid, Instituto de la Mujer, 1992.

DELGADO, Ana, «El papel del género en la relación médico-paciente», Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1999a, 6, págs. 509-516.

Martínez-Cañavete, V.; García, J y cols., «Preferencias y estereotipos de los pacientes sobre el género del médico», Atención Primaria 1999b, 23, págs. 268-274.

-«Salud y género en las consultas de atención primaria», Atención Primaria, febr. 2001, 27 (2), páginas 75-78.

DELGADO, .Juan Manuel y GUTIÉRREZ, Juan (eds.), Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias Sociales, Madrid, Síntesis, 1995.

DELGADO, Margarita (coord.), Encuesta de fecundidad, familia y valores 2006, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 2007.

DENFELD, Rene, The New Victorians. A young Woman's Challenge to the Old Feminist Order, Londres y Nueva York, Simon and Shuster, 1995.

DENNIS, C. L. y HODNETT, E., «Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión postparto» (Revisión Cochrane traducida), en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, núm. 1, Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www. update-software.com

DESVIAT, Manuel, «Objetivo 12. Reducir las enfermedades mentales y suicidios»,

en Carlos Alvarez-Dardet y Salvador Peiró (coords.), Informe SESPAS 2000: La salud pública ante los desafíos del nuevo siglo, Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000, págs. 175-186.

Dio BLEICHMAR, Emilce, El feminismo espontáneo de la histeria, Madrid, Adotraf, 1984.

La depresión en la mujer, Madrid, Temas de Hoy, 2001.

DONADEBIAN, Avedis, «La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada?» „fano, 1989, 36(864), págs. 103-110

DowLING, Colette, El complejo de Cenicienta. El miedo de las mujeres a la independencia, Barcelona, Grijalbo, 1982 (1.a edición de 1981).

DUBOS, René, El espejismo de la Salud. Utopías, progreso y cambio biológico, México, Fondo de Cultura Económica, 1975 (1.a edición de 1959).

DURÁN, María Angeles, El valor del tiempo ¿Cuántas horas te faltan al día?, Madrid, Espasa Calpe, 2007.

ECHEVARRÍA, Javier, Introducción a la metodología de la ciencia. La filosofía de la ciencia en el siglo xx, Madrid, Cátedra, 1999.

ECH L, Alice, «The New Feminism of Yin and Yang», en Powers ofDesire: The Politics of Sexuality», en Ann Snitow, Christine Stansell y Sharon Thompson (eds.), Nueva York, Monthly Review Press, 1983, págs. 439-459.

EDELMAN, Gerarld, Biologie de la conscience, París, Odile Jacob, 1992.

ENGEL, George, «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine», Science, 1977, 196, págs. 129-136.

«The clinical application of the biopsychosocial model», American Journal of Psychiatry, 1980, 137, págs. 535-544.

ENGEL, George, «How much longer must medicine's science be bounded by a seventeenth century world view?», en K.L.White (ed.), The task of medicine: Dialogue at Wickenburg, Menlo Park, California The Henry Kaiser Fundation 1988, págs. 113-136.

ENGELS, Friedrich, El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado, 1884, Disponible en: http://www.ucm.es/info/bas/es/marx-eng/84of/840F.htm

EPSTEIN, S.A.; KAY, G.; CLAUW, D. y cols., «Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation», Psychosomatics, 1999, 40, págs. 57-63.

EPSTEiN, Ronald; MORSE, D.S.; WILLIAMS, G. C. Y cols., «Clinical practice and the biopsychosocial model», en T.E.Quill y cols., The biopsychosocial model, Nueva York, University of Rochester, 2001.

ERVITI, Joaquina; CASTRO, Roberto y SOSA SÁNCHEZ, Itzel A., «La luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México», Estudios Sociológicos, 2006, año/vol. xxiV, núm. 003, págs. 637-665.

ERIKSON, Erik, El ciclo vital completado, Buenos Aires, Paidós, 1988.

ESEMED / MEDHEA 2000, «Prevalence of mental disorders in Éurope: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project», Acta Psychiatric Scandinava, 2004, 109, supl. 420, págs, 1-64.

ESTEBAN, Mari Luz, «La atención específica a las mujeres. 15 años de centros de planificación familiar», Cuadernos de Salud Pública 1994, núm. 15.

Reproducción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud, Donostia, Tercera Prensa - Hirugarren Prentsa, 2001 a.

ESTEBAN, Mari Luz, «El género como categoría analítica», en Consuelo Miqueo, Concepción Tomás, Carmen Tejero y cols., Teresa, Perspectivas de género en salud, Madrid, Minerva, 2001b.

Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio, Barcelona, Bellaterra, 2004.

EvINS, G. y THEOFRASTOUS, J., «Postpartum depression: a review of postpartum screening», Primary Care Update Ob/Gyns, 1997, 4(6), págs. 241-246.

FAHRENBRG, Jochen, «Somatic complaints in the German population», Journal ofPsychosomatic Research, 1995, oct. 39(7), págs. 809-817.

FEE, Elizabeth, «Las mujeres y la atención de salud: una comparación de teorías», en Elizabeth Fee, Woman and Health: the politics of sex in medicine, Nueva York, Baywood Publising Company, 1983, págs. 17-34.

FELDMAN, Marina, La femineidad como una máscara, Joan Riviere, [On line] http://www. scb-lcf.net/nodus/014Mascarada.htm

FINK, Per; SORENSEN, Lisbeth; ENBERG, Marianne y cols., «Prevalence, Health Care Utilization, and General Practitioner. Recognition Somatization in Primary Care», Psychosomatics, 1999, 40, págs. 330-338.

FIRESTOr E, Shulamith, La dialéctica del sexo: en defensa de la revolución feminista, Barcelona, Kairós, 1976.

FLAX, Jane, Psicoanálisis y feminismo. Pensamientos fragmentarios, Madrid, Cátedra, 1990.

FONAGY, Petter; RoTT, ínthony y HIGGIT, Anna, «Psicoterapias psicodinámicas: práctica basada en la evidencia y sabiduría clínica», Aperturas Psicoanalíticas, 2007, 27, págs. 2-54.

FOUCAULT, Michel, El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica, México, Siglo XXI, 1966 (1.a edición de 1963).

«Historia de la Medicalización», en La vida de los hombres infames, Madrid, La Piqueta, 1990a (l.a edición de 1974).

«La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina», en La vida de los hombres infames. Madrid, La Piqueta, 1990b (1.a edición de 1974).

Fox KELLER, Evelyn, Rfiexiones sobre género y ciencia, Valencia, Alfons el Magnanim, 1991 (1.a edición de 1985).

FREIXAS, Anna, «Nos envejecen las ideas, no el cuerpo», Revista Multidisciplinar de Gerontología 2001, 11(4), págs. 164-168.

FREUD, Sigmund, Psicopatología de la vida cotidiana, Obras completas, tomo III, Madrid, Biblioteca Nueva, 1972 (1.a edición de 1905).

La novela familiar del neurótico, OC, tomo IV, Nueva Visión, 1972 (1.a edición de 1908).

-La disposición a la neurosis obsesiva, OC, tomo V, Nueva Visión, 1972 (1.a edición de l913).

-Introducción al narcisismo, OC, tomo VI Nueva Visión, 1972 (1.a edición de 1914). - Lo inconsciente, OC, tomo VI Nueva Visión, 1972 (l.a edición de 1915).

Teoría general de la neurosis. La transferencia, OC, tomo V, Nueva Visión, 1972 (1.a edición de 1917).

Psicología de masas y análisis del yo. La ident cación, OC, tomo VII Nueva Visión, 1972 (1.a edición de 1921).

Inhibición, síntoma y angustia, OC, tomo VIII, Nueva Visión, 1972 (1.a edición de 1926).

El malestar en la cultura, OC, tomo VIII, Nueva Visión, 1972 (1.a edición de 1929).

FRIEGAN, Betty, La Mística de la feminidad, Barcelona, Sagitario, 1965 (1.a edición de 1963).

FUNDACIÓN MUJERES, Informes de impacto de género, Madrid, Instituto de la Mujer, 2005.

FURHRER, Rebeca y WESSELY, S., «the epidemiology of fatigue and depression: a french primary-care study», Psychology Medicine, 1995, 25, págs. 895-905.

GABARRÓN, Ella; VIDAL, J.M.; HARO, J. M. y cols., «Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria», Atención Primaria, 2002, 6 (29), págs. 329-337.

GAGLIARDI, Juan; CHARASK, Adrián; HIGA, Claudio y cols., «Infarto agudo de miocardio en la República Argentina. Análisis comparativo en los últimos 18 años. Resultados de las Encuestas SAC», Revista Argentina de Cardiología, 2007, 75 (3), págs. 171-179.

GALAVERNI, E.; Pozo, P. y BELLINI, M., «Estudio sobre síntomas de pánico en atención primaria», Atención Primaria, 2005, 36(6), págs. 312-316.

GALDSTON, í (ed.), Beyond the Germ Theory: The Roles ofDeprivation and Stress in Health and Disease, Nueva York, Health Education Council, Nueva York Academy of Medicines, 1954.

GARCÍA CALVENTE, M.a del Mar, «El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad», Gaceta Sanitaria, 2004, 18 (supl.1), págs. 132-139.

(coord.); JIMÉNEZ, María Luisa y MARTÍNEZ, Emilia, «Políticas de investigación en salud guía de recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género», Observatorio de Salud de la Mujer. 2007a. Disponible en: www.msc.es

LA PARRA, Daniel, «La investigación sobre cuidados informales de salud desde una perspectiva de género», en Carme Borrell y Lucía Artazcoz (coords.), Investigación en género y salud, 5.a Monografía Sociedad Española de Epidemiología, 2007b, págs. 97-118.

GARCÍA-CAMPAYO, J.; SANZ-CARRILLO, C.; PÉREZ, M. J. y cols., «Trastorno por somatización en atención primaria: aspectos clínicos diferenciales», Medicina Clínica (Barc), 1995, 105, págs. 728-733.

GARKINKEL, Harold, Studies in ethnomethodology, Prentice Hall, NewJersey, 1967.

GARí, Aitana, Hablamos de salud. Lenguaje sanitario con perspectiva de género, Instituto de la Mujer, 2006.

GERVás, Juan, «Morbilidad atendida en los servicios de atención primaria», en Mercedes de Onís y J.Villar (coords.), La mujer y la salud en España. Informe básica, Volumen 1, Madrid, Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos

Sociales, 1992.

GIJSBERS VAN WIJK, Cecile M.T.; VAN VLIET, K. P. y KOLK, A. M., «Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women», Social Science Medicine, 1996; 43(5), págs. 707-720.

GILBODY, Simon y BowER, Meter, «Problemas psiquiátricos frecuentes en atención primaria: objetivos políticos y base de evidencia», en Martín Kano y cols., Salud Mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental, Organización Mundial de la Salud, Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios, 2007. Versión castellana: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

GILLIGAN, Carol, In a D Voice: Psychological Theory and Women's Development, Cambridge, Harvard University Press, 1982. Versión castellana, La teoría psicológica del desarrollo femenino, México, Fondo de Cultura Económica, 1985.

GILTAY, Érik J.; KAMPHUIS, Marjolein H.; KALMIJN, Sandra y cols., «Dispositional Optimism and the Risk of Cardiovascular Death. The Zutphen Elderly Study», Archive Internal Medicine, 2006, 166, págs. 431-436.

GOLDENBERG, D. L., «Fibromyalgia syndrome a decade later. What have we learned?», Arch Intern Med, 1999, 159, 777-785.

GÓMEZ REDONDO, Rosa,«Vejez prolongada y juventud menguada. tendencias en la evolución de la esperanza de vida de la población española, 1970-19901», Reis, 1995, 7172/95, págs. 179-108

GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M.a Asunción, «Mujer: cultura, identidad y salud mental 1 y II», Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1992, 12 (40), págs. 9-29 y (41), págs. 104-114.

GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M.a Asunción (comp.), Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y Género, Madrid, Siglo xxI Editores, 1993a.

«Grupos terapéuticos de mujeres», en M.a Asunción González de Chávez (comp.), Cuerpoy subjetividad femenina. Salud y género, Madrid, Siglo XXI, 1993b, págs. 279-288.

GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M.a Asunción (comp.), Feminidad y masculinidad. Subjetividad y orden simbólico, Madrid, Biblioteca Nueva, 1998.

-Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género, Las Palmas de Gran Canaria, Universidad, 1999.

«El ideal maternal y el sufrimiento psicosomático en las mujeres» en IIJornadas de Salud Mental y Género, Madrid, 9 y 8 de octubre de 2000, Instituto de la Mujer, 2001.

«Fibromialgia. Estudio reumatológico y descriptivo sobre personalidad y factores psicosociales», Mujeres y Salud, Dossier 10, 2002.

GROSSMAN, M. Y W¿OD, W., «Sex differences in intensity of emotional experience: a social rol interpretation», Journal Personal Psychology, 1993, 655, págs. 1010-1022.

GULBRANDSEN, P.; FUGELLI, P. y HJORTDAHL, P., «Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter: tip of the iceberg?» Family Practice, 1998 Feb, 15(1), págs. 1-8.

HÁFNE'R, H.; MAUER, K.; LóFFLER, W. y cols., «The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia», British Journal Psychiatry, 1993, 162, págs. 80-86.

HALBERSTAM, Judith, Masculinidadfemenina, Madrid, Egales, 2008 (l.a edición de 1998).

HANISCH, Carol, «The Personal is Political» (1969), en Shulamith Firestone y Anne Koedt (eds.), Notesfrom the Second Year: Women's Liberation, 1970.

HANKIN, Janet R., «Gender and Mental Illness», Research Community Mental Health, 1990, 6, págs. 183-201.

HARAWAY, Dona, Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza, Madrid, Cátedra, 1991.

HARDING, Sandra, Ciencia y feminismo, Madrid, Morata, 1996 (1.a edición de 1993).

HARO, J.M.; PALACíN, C.;✓VILAGUT, G. y cols., «Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España», Medicina Clínica (Barc), 2006, 126 (12), págs. 442-451.

HARRIS, M. T., «Aging women's journey toward wholeness: new visions and directions», Health Care Women International., 2008 nov-dec., 29(10), págs. 962-979.

HARTMANN, Heidi, «The Unhappy e of Marxism and Feminism: Toward a more Progressive Union», en Lydia Sergeant comp.), Women and Revolution, Boston, South End Press, 1981.

HEALY, Bernardine, «The Yentl syndrome», New England Journal of Medicine, 1991, 325, páginas 221-225.

HENNINGSEN, Peter; JAKOBSEN, Thorsten; SCHILTENWOLF, Marcus y cols., «Somatization Revisited: Diagnosis and Perceived Causes of Common Mental

Disorders», Journal of Nervous & MentalDisease, 2005, 193(2), págs. 85-92.

HIBBARD, Judith H. Y POPE, Clyde R., «Employment Status, Employment Characteristics, and Women's Health», Women and Health, 1985, 10, 1, págs. 59-77.

HOLSTEIN, James A. y GUBRIUM, Jaber F., Phenomenology, Ethnomethodology, and Interpretive Practice, Denzin y Lincoln, 1994.

HORNER, Matina S., «Toward an understanding of achievement-related conflicts in woman», en C.S.Roth y Mary Walsh, The psychology of Women, New Haven and Londres, Yale University Press, 1987, págs. 169-184.

HUDSON, J.L.; GOLDENBERG, D.L.; POPE, H. G. y cols., «Comorbidity of fibromyalgia with medical mid psychiatric disorders», American Journal of Medicine, 1992, 92, págs. 363-367.

HUNT, Kate y ANNANDALE, Ellen, «Relocating Gender and Morbidity: Examining Men's and Women's Health in Contemporary Western Societies. Introduction to Special Issue on Gender and Health», Social Science and Medicine, 1999, 48, 1, Jan, págs. 1-5.

HUSSERL, Edmund, Ideas relativas a una fenomenología pura y una filoso la fenomenológica, México, Fondo de Cultura Económica, 1985 (2.a edición en español de 1962).

HYDE, Janet Shibley, Psicología de la mujer: La otra mitad de la experiencia humana, Madrid, Morata, 1995 (1.a edición de 1985).

ILLICH, Iván, Némesis médica. La expropiación de la salud, Barcelona: Barral, 1975.

INSTITUTO ASTURIANO DE LA MUJER, Tiempo Propio. Talleres pera mujeres mayores de 50 años, Informe 2008 (inédito).

INSTITUTO DE LA MUJER, Seminario sobre Mainstreaming de Género en las Políticas de Salud en Europa, Organizado por Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de la Mujer y Oficina Regional Europea de la OMS, Madrid, 14 de septiembre de 2001.

e INSTITUTO NACIONAL DE ESTADíSTICA, Mujeres y Hombres en España, Madrid, Instituto de la Mujer, 2007.

IRIGARAY, Luce, Ese sexo que no es uno, Madrid, Saltes, 1981 (1.a edición de 1977).

El cuerpo a cuerpo con la madre. El otro género de la naturaleza Otro modo de sentir,

Madrid, La Sal, 1985 (1.a edición de 1981).

JABLENSKY, A.; SARTORIUS, N., ERNBERG G, y cols., «Schizophrenia: Manifestation, incidence and course in different cultures: A World Health Organization ten country study», Psychological Medcinel, 1992; Suppl 20.

JOHANSSON, E.E.; HAIvíBERG, K.; WESTMAN, G. y cols., «The meanings of pain: an exploration of women's descriptions of symptoms», Social Science of Medicine, 1999, jun. 48(12), págs. 1791-1802.

KAHN, R.S.; WISE, P.H.; KENNEDY. B. P. y cols., «State income inequality household income, and maternal mental and physical health: Cross-sectional national survey», British MedicalJournal, 2000, 321, págs. 1311-1315.

KEIJZER, Benno, Hasta donde el Cuerpo Aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina, Disponible en: http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx/paginas/reporteBenodekeijzer.htm

KESSLER, Ronald C. y MCRAE, james A., «Trends in the Relationship Between Sex and Psychological Distress: 1957-1976», American Sociologycal Review, 1981, 46, págs. 443452.

-McGONAGLE, K.A.; ZHAO, S. y cols., «Lifetime and 12-month prevalence of DSM- 111-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey», Archives of General Psychiatry 1994, 51, págs. 8-19.

KIRMAYER, Laurence✓J. y ROBBINS, J.ÑI., «Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics», TheJournalofNervous and Mental Disease, 1991, 179, págs.647-655.

KOLLONTAI, Alejandra, El comunismo y la familia, 1921. Disponible en: http://www.marxists. org/espanol/kollontai/comfam.htm.

Memorias, Madrid, Debate, 1979.

KRIEGER, Nancy, «Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider?», Social Science ofMedicine, 1994, 39, págs. 887-903.

«Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective», InternationalJournal ofEpidemiology, 2001,30, págs. 668-688.

KROENKE, Kurt y MANGELSFORFF, A. D., «Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome», American Journal of Medicine, 1989, 86, págs. 262-266.

y SPITZERR, R. L., «Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms», Psychosomatic Medicine, 1998, 60 (2), págs. 150-155

KUBZANSKY, Laura D. y THURSTON, Rebecca C., «Emocional vitality and incident coronary heart disease: benefits of healthy psychological functioning», Archives of General Psychiatry, 2007, 64(12), págs. 1392-1401.

KUHN, Thomas S., La estructura de las revoluciones México, Fondo de Cultura Económica, 2001 (1.a edición de 1965).

LACAN, Jacques, El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como nos lo revela en la experiencia psicoanalítica. Escritos 1, Siglo XXI, 1975 (l.a edición de 1949).

-La metáfora del sujeto, Escritos 2, Siglo XXI, 1975 (1.a edición de 1961).

Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, 1964, El seminario de Jacques Lacan, Libro 11. Barcelona, Paidós, 1987.

RSI, Seminario XXII (inédito).

LAGARDE, Marcela, Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia, Madrid, Horas y Horas, 2001 (1.a edición de 1996).

LAITA DE RODA, Paula; PARELLADA, M.; ALVAREZ, M. y cols., «Aspectos diferenciales en los trastornos mentales en la adolescencia», en Laura Ferrando (cord.), Salud mental y género en la práctica clínica, Barcelona, Ars Médica, 2007.

LAiONDE, Marc, A new perspective on the health of Canadians, Ottawa, Ministry of Health and Welfare, 1974.

LAMAS, Marta y Saal, Frida (eds.), La bella (in)diferencia, Madrid, Siglo XXI, 1991.

LAMPL'DE GROOT, Jeane, «The Évolution of the Oedipus Complex in Women», InternationalJournal ofPsychoanalysis, IX, 1928.

LANGER, Marie, Maternidad sexo. Estudio psicoanalítico y psicosomático, Barcelona, Paidós, 1983 (1.a edición de 1951)

LEAL, Carmen (coord.), Trastornos depresivos en la mujer, Barcelona, Masson, 1999.

LEAL, Daniel, Construcción de la masculinidad, Clase impartida en la Escuela Andaluza de Salud Pública, 2008 (inédito).

KLEFLER, Leanne y BONDY, Kathleen, «Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction: a meta synthesis»,, Journal of Cardiovascular Nursing, 2004, 19(4), págs. 251-268.

LENIN, Vladimir, Cuadernos Filosóficos. Resumen del Libro de Hegel «Ciencia de

la Lógica», Buenos Aires, Ediciones Estudio, 1972 (1.a edición de 1929).

LÉVi-STRAUSS, Claude, Raza y cultura, Madrid, Cátedra, 1986 (1.a edición de 1952).

LEwIS, G. Y WESSELY, S., «the epidemiology of fatigue: more questions than answers», Journal ofEpidemiology Community Health, 1992, 46, págs. 92-97.

LI, Jiong y ÓLSEN, Jorgen, «Mortality in parents after death of a child», Lancet, 2003, vol. 361, pág. 1748.

LIBERMAN, D.; GRASSANO DE PICCOLO, E.; NEBORAK DE DIMANT, S. y cols., Del Cuerpo al Símbolo. Sobreadaptación y Enfermedad Psicosómatica, Santiago de Chile, Ananké, 1993.

LICEA, Gloria; PAQQENTIN,'Ivonne y SELICOFF, Helen, Voces y más voces: el equipo reflexivo en México, México, Alinde, Instituto de Psicoterapia, 2002.

LIPWORTH, Loren y cols., «Excess Mortality Among Women With Breast Implants», Annals ofPlastic Surgery, 2007, 59, págs. 119-123.

LOBO, A.; SAZ, P.; DE LA CÁMARA, C. y cols., Informe a la Diputación General de Aragón sobre los estudios de morbilidad psíquica y salud mental en la población geriátrica aragonesa, Zaragoza, Universidad de Zaragoza, 1994.

GARCíA CAMPAYO, Javier; CAMPOS, R. y cols., «Somatisation in primary care in Spain: 1. Estimates of prevalence and clinical characteristics. Working Group for the Study of the Psychiatric and Psychosomatic Morbidity in Zaragoza», BritishJournal ofPsychiatry, 1996, 168, págs. 344-348.

LóPEZ-DóRICA, Begoña (comp.); Nogueiras, Belén; Arechederra, Angeles y Bonino, Luis, La atención sócio-sanitaria ante la violencia contra las mujeres, Madrid, Instituto de la Mujer, 2001.

(comp.); MIGALLÓN, Pilar y GÁLVEZ, Beatriz, Los grupos de Mujeres. Metodología y contenidos para el trabajo grupa¡ con la autoestima, Madrid, Instituto de la Mujer, 2002.

LóPEZ SAN RoMÁN, Antonio, Programa Anual 2000-2001 de Formación Continuada Acreditada para Médicos de Atención Primaria, disponible en: http://www.medynet.com/ elme dico/aula/tema 10.

LLORT, Imma, Ecofeminismo(s) o Feminismo Ecologista, Equipo Asiaformación. Disponible en: http://www.geocities.com/equipasia/Art_Ecofeminismo_Imma.htm

LóWENTFAL, K.; GOLDBLATT V.; GORTON T. y cols., «Gender and depression in AngloJewry», Psychological Medicine, 1995, 25, págs. 1051-1063.

MACK BRUSNWICK, Ruth, «The Proedipal Phase of the Libido Development», The Psichoanalytic Quarterly, 1940, Vol IX.

MACKEOwN, Thomas, «A'Historical Appraisal of the Medical Task», en Medical History and Medical Care, Oxford University Press, 1971.

MAFFíA, Diana, «Conocimiento y subjetividad», en Eulalia Pérez Sedeño y Paloma Alcalá Cortijo, Ciencia y Género, Madrid, Facultad de Filosofía, Universidad Complutense, 2001.

MALRTERUD, Kirsti, «Understanding women in pain. New pathways suggested by Umea researches: qualitative research and feminist perspectives», Scandinavian, journal Primary Health Care, 1998a, 16, págs. 195-198.

y OKKES, I., «Gender differences in general practice consultations: methodological challenges in epidemiological research», Family Practice, 1998b, oct., 15(5), págs. 404-410.

«Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women», Family Medicine, 2000, oct., 32(9), págs. 603-611.

MAQUEIRA, Virginia, «Género, diferencia y desigualdad», en Elena Beltrán y Virginia Maqueira (eds.), Feminismos. Debates teóricos contemporáneos, Madrid, Alianza, 2001.

MA ECEK, Jeanne y KRAVETZ, Diane, «Mujer y salud mental: un análisis de los intentos feministas de cambio», en Carmen Sáez Buenaventura (comp.), Mujer, locura y feminismo, Madrid, Dédalo, 1979 (1.a edición de 1977).

MERIESKIND, He1en I. y EIRENREICH, Barbara, «Toward Socialist Medicine: the Women's Health Movement», Social Policy, sept-oct., 1975, págs. 34-42.

MARTÍN, M., «Aspectos diferenciales en enfermedad de Alzheimer», en Laura Ferrando (coord.), Salud mental y género en la práctica clínica, Barcelona, Ars Médica, 2007.

MARTÍNEZ BENLLOCH, Isabel y BONILLA, Amparo, Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad. Valencia, Universidad de Valencia, 2000.

Dio Bleichmar, Emilce; Pastor, Rosa; Santamarina, Cristina y Tubert, Silvia, Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal, Madrid, Instituto de la Mujer, 2001.

MARTÍNEZ, Ángel, «Antropología de la salud, una aproximación genealógica», en J.Prat y Angel Martínez (eds.), Ensayos de antropología cultural, Barcelona, Ariel Antropología, 1991.

MARTÍNEZ, Miguel, La etnometodologla y el interaccionismo simbólico, Disponible en: http:// prof. usb.ve/miguelm/laetnometodologia.html

MARTY, Pierre, La psicosomática del adulto, Buenos Aires, Amorrortu, 1992 (1.a edición de 1990).

MARX, Karl, El capital, 1867-1890, Siglo XXI Editores, Disponible en: http://www.ucm.es/ info/bas/es/marx-eng/capitall/

MCDERMUT, W.; MILLER, I. y BROWN, R., «The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research» Clinical Psychology Science and Practice, 2001,8, págs. 98-116.

MELER, Irene, «La familia, antecedentes históricos y perspectivas futuras», en Mabel Burin y Irene Meller (coords.), Género y Familia. Poder, Amor y Sexualidad en la Construcción de la Subjetividad, Buenos Aires, Paidós, 1998, págs. 31-86.

y TAJER, Débora (comps.), Psicoanálisis y género. Debates desde el Foro, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2000.

MÉNDEZ, Carlos, La Fibromialgia, los Trastornos Funcionales Digestivos y la Depresión, Monografía Postgrado Reumatología. Universidad de la República Uruguaya, Cátedra de Reumatología. Febrero 2002. www.afibrom.org/Trabajopremiado.doc

Micó, Juan Antonio, «Antidepresivos y dolor: bases neurobiológicas para su utilización en el tratamiento del dolor crónico. Mecanismo de acción», Valencia, IV Reunión de la Sociedad del Dolor, 2004.

MILLET, Kate, Política sexual, Madrid, Cátedra, 1995 (1.a edición de 1969).

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, Consumo farmacéutico por grupos terapéuticos, edad y sexo, Instituto de Información Sanitaria, 2004.

La Salud de la Población Española en el Contexto Europeo y del Sistema Nacional de Salud. Indicadores de Salud, 2005.

-Encuesta Nacional de Salud, 2006a.

-Informe de Salud y Género 2005, Observatorio de Salud de la Mujer, 2006b.

Informe de Salud y Género 2006, Observatorio de Salud de la Mujer, 2007a.

-Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud, 2007b.

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006, Madrid, 2007c.

-Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Madrid, abril 2007d.

MINUCHIN, Salvador, Técnicas de Terapia Familiar, Barcelona, Paidós, 1992.

MIQUEO, Consuelo; TOMÁS, Concepción; TEJERO, Cruz; BARRAL, M.a JoSé; FERNÁNDEZ, Teresa y YAGO, Teresa (eds.), Perspectivas de género en salud, Madrid, Minerva Ediciones, 2001.

MITCHELL, Juliet, Psicoanálisis y feminismo. Freud, Reich, Laing y las mujeres, Madrid, Anagrama, 1976 (1.a edición de 1974).

«Entrevista con Juliet Mitchell», Debats, 1989, 27, págs. 61-66.

MOLINA, Cristina, «El feminismo socialista estadounidense desde la Nueva Izquierda. Las teorías del sistema dual (capitalismo+patriarcado)», en Celia Amorós y Ana de Miguel (eds.), Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Del feminismo liberal a la posmodernidad, Madrid, Minerva, 2005.

MóLLER-LEIMKÜHLLER, Anne Maria, «Género y salud mental: la depresión. Evidencias para la integración del género en las políticas sanitarias», en Seminario sobre mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa. Madrid, Instituto de la Mujer, 2001.

-«Bariers to help-seeking by men: a review of socio-cultural and clinical literatura with particular reference to depression», Journal ofAffective Disorders, 2002; 71, págs. 1-9.

MONEY, John, «Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocrticism:-psychologic findings», Baltimore, Bulletin John Hopkins Hospital, 1955, 96, págs. 253-264.

«Imprinting and the establishment of gender role» Archives Neurology Psychiatry, 1957, 77, págs. 333-336.

MONTERO, Isabel; APARIcIo, D.; GÓMEZ-BENEYTO, Manuel y cols., «Género y salud mental en un mundo cambiante» Gaceta Sanitaria, 2004, 18(1),págs. 175-181.

MASANET, M.J.; LA CRUZ M. y cols., «Family intervention in schizophrenia: long-term effect on main caregivers», Actas Españolas de Psiquiatría, 2006 may-jun., 34 (3), páginas 169-174.

-«Salud Mental», en Programa deformación deformadores/as en Perspectiva de Género en Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo y Universidad Complutense de Madrid, 2007.

MORANDÉ, Gonzalo, La anorexia. Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes, Madrid, Temas de Hoy, 1999.

MORENO, Enriqueta, «Banalidad o angustia en el hombre contemporáneo», en Enriqueta Moreno (compl.), 14 conferencias sobre el padecimiento psíquico y la cura psicoanalítica, Madrid, Biblioteca Nueva, 2000.

MOSQUERA, Carmen (coord.); ARBESÚ, Esther; FERNÁNDEZ, Sllvla; GARCÍA, Flor y URÍA, Marian, La salud de las mujeres en Asturias, Oviedo, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2002a.

DE LA HERA, Jesús; BARRIALES, Vicente y GRUPO DE ESTUDIO RIMAS, «El infarto ¿Por qué la sobremortalidad en mujeres?», Gaceta Sanitaria, 2002b, 16 (Supl 1).

MOULTON, Ruth, «Algunas conseceuncias del nuevo femninismo», en Carmen Sáez Buenaventura (ed.), Mujer, locura y feminismo, Madrid, Dédalo, 1979.

MURARO, Luisa, El orden simbólico de la madre, Madrid, Horas y Horas, 1994 (1.a edición 1991).

«Más allá de la igualdad», en Luisa Posada, Sexo y esencia. De esencialismos encubiertos y esencialismos heredados: desde un feminismo nominalista, Madrid, Horas y Horas, 1998.

MURILLO, Soledad, Conferencia de Clausura del lV Foro de Salud de las Mujeres, Madrid, noviembre 2007.

MYKLETUN, Arnstein; BJERKESET, Ottar; DEWEY, Michael y cols., «Anxiety, Depression, and Cause-Specific Mortality: The HUNT Study», Psychosomatic Medicine, 2007, 69, págs. 323-331.

NASIO, Juan David, Los gritos del cuerpo. Psicosomática, Buenos Aires, Paidós, 1996.

NAVARRO, Vicenc, La medicina bajo el capitalismo, Barcelona, Crítica, 1978.

BORRELL, Carme; MUNTANER, Caries y cols., «El Impacto de la Política en la Salud», Salud Colectiva, 2007, 3(1), págs. 9-32.

NIMNUAN, Chalchana; RABE-HESKETH, Sophla; WESSELEY, Simon y cols., «How many functional somatic syndromes?», Journal Psychosomatic Research, 2001, 51(4), págs. 549557.

NORRIS, C.; HEGADOREN, K. Y PILOTE, L., «Enfermedad coronaria. La depresión afecta el pronóstico de las mujeres que presentaron un IAM», European Journal of Cardiovascular Nursing, jun., 2007, 6(2), págs. 92-98, en Trabajos distinguidos. Cardiología, 2007, vol. 15, núm. 4, pág. 24.

NOTHOMB, Amélie, Biografía del hambre, Barcelona, Anagrama, 2006.

OBSERVATORIO DE SALUD DE LA MUJER (OSM) y Sociedad Española de Cardiología (SEC), Estudio sobre enfermedades cardiovasculares en España, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

OFICINA DE LA DEFENSORA DEL PUEBLO NAVARRA, Informe especial sobre La Atención a la Salud Mental en Navarra, Boletín Oficial del Parlamento de Navarra, 14 junio, 2003, vols. 57-1 y 57-2.

OCHOA, E., «Aspectos diferenciales en los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas», en Laura Ferrando (coord.), Salud mental y género en la práctica clínica, Barcelona, Ars Médica, 2007.

ORBORNE, Raquel, La construcción sexual de la realidad, Madrid, Cátedra, 1993 (1.a edición de 1989).

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU), Asamblea General, quincuagésimo segundo período de sesiones. Documento A/52/3, capítulo IV, parte A. 18 de septiembre de 1997.

Acuerdo del Comité de género de ONU sobre criterios de buenas prácticas para las mujeres y la igualdad del género (IACWGE), febrero 1999. Disponible en: http://www.un.org/wome nwatch/re source s/go o dpractice s/guideline. html.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Declaración de Madrid. La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming: La necesidad de avanzar, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002a.

Política de la OMS en Materia de Género. 2002b.

tender analysis in health. A review ofselected tools, 2002c.

Gender disparities in mental health, 2006.

Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WFIO, mayo 2007a.

European strategy for child and adolescent health and development. Gender tool, 2007b.

Subsanar las desiguales en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de salud, Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008.

ORTIZ, Alberto; LOZANO, C. y FERNÁNDEZ, G., «La evolución de la prescripción y los costes de los antidepresivos en un área de Atención Primaria (1996-2001)», Semergen, 2005, 10(31), págs. 456-461.

OwTiz, María Dolores; MUÑOZ, Francisca; VEGA, Pilar y cols., «Mejora de la atención a pacientes depresivos en atención primaria», Calidad asistencial, 2005, 1(20), págs. 19.24.

ORI'IZ-GÓMEZ',, Teresa, «La práctica sanitaria en la historia tuna cuestión femenina?», Eldon. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud, 2007, 23, págs. 61-65.

PASCUAL, Juan Carlos; CASTAÑO, Juan; ESPLUGA, Nuria y cols., «Enfermedades somáticas en pacientes con trastornos de ansiedad», Medicina Clínica (Barc) 2008, 130, págs. 281285.

PÉREZ SEDEÑO, Eulalia y ALCALÁ CORTIJO, Paloma (coords.), Ciencia y Género. Críticas epistemológicas de la ciencia, Universidad complutense de Madrid, 2001.

PICCINELLI, Marco y SIMON, Gregori, «tender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care», Psychological Medicine, 1997 Mar, 27(2), pág. 433-444

HOMEN, F. G., Gender d in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia, Geneva, World Health Organization, 1997.

PICCINELLI, Marco WILKINSON, G., «Gender differences in depression», British Journal of Psychiatry, 2000, 177, págs. 486-492.

PLIEGO, Purificación; BLANCO, Pilar y NOGUEIRAS, Belén, «Los talleres y grupos de reflexión entre mujeres como prevención de la violencia. Una experiencia en una Concejalía de la Mujer», Cuadernos de trabajo social, 2005, núm. 18, págs. 351-360.

POMMIER, Gérard, El amor al revés, Buenos Aires, Amorrortu, 1997.

Los cuerpos angélicos de la posmodernidad, Buenos Aires, Nueva Visión, 2002 (1.a edición de 2000).

POPAY, Jennie; BARTLEY, Mel y OWEN, Charlie, «Gender Inequalities in Health: Social Position, Affective Disorders and Minor Physical Morbidity», Social Science and Medicine, 1993, 36, 1, enero, págs. 21-32.

POPPER, Karl y Eccles, John, El yo y su cerebro, Barcelona, Labor Universitaria, 1985 (1.a edición de 1977).

POSADA, Luisa, Sexo y esencia. De esencialismos encubiertos y esencialismos heredados: desde un feminismo nominalista, Madrid, Horas y Horas, 1998.

PRIETO, M.a José, «El problema de la identidad femenina y la nueva

autocompresión de la ciencia», en Eulalia Pérez Sedeño y Paloma Alcalá Cortijo (coords.), Ciencia y Género. Críticas epistemológicas de la ciencia, Universidad Complutense de Madrid, 2001.

PULEO, Alicia, «Feminismo y ecología. Un repaso a las diversas corrientes del ecofeminismo», El Ecologista 2002, n° 31, págs. 36-39.

«Del ecofeminismo clásico al deconstructivo: principales corrientes de un pensamiento poco conocido», en Celia Amorós y Ana de Miguel (eds.), Historia de la teoría feminista. De la Ilustración a la globalización, Madrid, Minerva, 2005a, págs.121-152.

PULEO, Alicia, «Lo personal es político. El surgimiento del feminismo radical», en Ana de Miguel y Celia Amorós (coords.), Teoría feminista: de la ilustración a la globalización. Del feminismo liberal a la posmodernidad, Madrid, Minerva, vol. 2, 2005b.

RETAMALES, Rebeca, «Psicoterapia y género», en Laura Ferrando (coord.), Salud mental y género en la práctica clínica, Barcelona, Ars Médica, 2007.

RICH, Adrienne, Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución, Madrid, Cátedra, 1996 (1.a edición de 1976).

RICHMAN, A. J. Y JASON, A. L., «Gender biases underlying the social construction of illness states: the cases of chronic fatigue syndrome», Current Sociology, May 2001, 49(3), págs. 15-29.

RIVIÉRE, Joan, «Womanliness as a masquerade», The International Journal of Psychoanalysis, 1929, vol. 10 [On line] www.ncf.edu/hassold/WomenArtists/riviere_womanliness_as_ masquerade.htm

RoCHEI LAVE, Anne Marie, Lo femenino y lo masculino en la sociedad contemporánea, Madrid, Ciencia Nueva, 1968.

RODRÍGUEZ, F. y ÁBECIA, L. C., «Determinantes de la salud», en Concha Colomer y Carlos Alvarez-Dardet, Promoción de la salud y cambio social, Barcelona, Masson, 2001.

RODRÍGUEZ, Regina (ed.), El malestar silenciado. La otra salud mental, Madrid, Isis Internacional, Ediciones de las Mujeres 14, 1990.

RODRíGUEZ-SANZ, Maica; CARRILLO, Paloma y BORRELL, Carme, Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC. AA. 1993-2003, Madrid, Observatorio de Salud de la Mujer y del SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.

ROHLFS, Izabella; DE ANDRÉS, J.; ARTAZCOZ, Lucía y cols., «Influencia del

trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres», Medicina Clínica (Barcelona), 1997, 108, págs. 566-571.

BORRELL, Carme y FONSECA, M., «Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos», Gaceta Sanitaria, 2000, 14 (supl. 3), págs. 60-71.

RoMn o, Patricia, «Work and Health in Mothers of Young Children», International, journal ofHealth Services, 1994, 24, 4, págs. 607-628.

Rollo, Nuria; MENESES, Carmen; Póo, M. y cols., Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas, Madrid, Instituto de la Mujer, 2006.

RoNDA, Elena; Ruiz, M.a Teresa; ALVAREZ-DARDET, Carlos y cols., «Gender bias in diagnostic procedures at the primary health care, level», Proceedings of the European Public Health Association Annual Meeting, Debrecen, Piremon, 1995.

ROSALES, C.; TORRES, F.; LUNA DEL CASTILLO, J. Y cols., «Evaluación de necesidades de personas con enfermedad esquizofrénica (CAN)», Actas Españolas de Psiquiatría, 2002, 30, págs. 182-188.

ROSENCREN, Annika; HAWKEN, Steven y ÓUNPUU, Stephanie, «Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study», The Lancet, 2004, 364, 9438, págs. 953.

Ross, C. E. Y BIRD, C., «Sex stratification and health life styles. Consequences for men's and women's perceived health», Journal of Health and Social Behavior, 1994, 35, págs. 161-178.

ROUDINESCO, Elisabeth, ¿Por qué el psicoanálisis?, Barcelona, Paidós, 2000.

RUBIN, Gayle, «The traffic in women: Notes on the "Political Econmy" of sex», en Rayna Reiter (comp.), Toward an Anthropology of Women, Nueva York y Londres, Monthly Review Press, 1975. Edición en castellano: «El tráfico de mujeres: notas sobre la «economía política» del sexo», Revista Nueva Antropología, 1986, vol. VIII (30), págs. 95-145.

Ruiz, M.a Teresa; Ronda, Elena y Alvarez-Dardet, Carlos, «Atención según el género del paciente en los servicios de urgencias: ¿Diferente o Desigual?», Gaceta Sanitaria, 1995, 9, págs. 76-83.

«Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la Comunidad», en Consuelo Miqueo (ed.), Perspectivas de genero en salud. Fundamentos cienttcos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas, Madrid, Minerva, 2001, págs. 163-178.

y VERDÚ, María, «Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico», Gaceta Sanitaria, 2004, 18(1), págs. 118-125.

Ruiz, M.a Teresa y PAPí, Natalia, Guía de estadísticas de salud con enfoque de género: análisis de internet y recomendaciones, Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Disponible en: www.msc.es

Ruiz, P. M., «Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en España», Anales Españoles de Pediatría, 1998, 49, págs. 435-436.

RUSH, A.John; ZIMMERMAN, Mark; WISNIEWSKI, Stephen R. y cols., «Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: Demographic and clinical features», Journal of Affective Disorders, 2005 Ju1,87(1), págs. 43-55.

Rur'z, W.; WALLINDER, J.; Vote KONORRIG, L. y cols., «Prevention on depression and suicide by education and medication:Impact on male suicidality. An updatefrom Gotland study», InternationalJournal o/ Psychiatry in Clinical Pratice, 1997, 1, págs. 39-46.

SAARENTO, O.; RÁSÁNEN, S.; ÑIENv IMEN, P. y cols., «Sex differences in the contact rates and utilization of psychiatric services. A three-year follow-up study in Northern Finland», European Psychiatry, 2000, 15, págs. 205-212.

SABO, Don, Comprender la salud de los hombres. Un enfoque relacional y sensible al género, Publicación Ocasional No 4, Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center for Population and Development Studies, 2000 (1.a edición de 1999).

SÁEZ BUENAVENTURA, Carmen (ed.), Mujer, locura y feminismo, Madrid, Dédalo, 1979.

Sobre mujer y salud mental, Barcelona, La Sal, Ediciones de les Dones, Cuadernos Inacabados núm. 9, 1988.

SANTAMARINA, Cristina, La publicidad como voluntad de representación [On Line] www.cimop.com.

SELVINI, Mara y cols., «Hipotetización, circularidad y neutralidad: tres directrices para la conducción de la sesión», en Matteo Selvini (compl.), Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli, Barcelona, Paidós, 1990.

SEN, Gita; GEORGE, Asha y OsTLIN, Piroska, Incorporar la perspectiva de género en l aequidad en salud: un análisis de la invstigación y las políticas, Organización Panamericana de la Salud, publicación ocasional, núm. 14, 2005.

OSTLIN, Piroska y GEORGE, Asha, Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient.

Gender Inequity in Health: Why it exists andhow we can change it, Final report of Women and tender Equity Knowledge Network, to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Institute Karolinska, 2007.

SHIVA, Vandana, Mujer, ecología y supervivencia, Madrid, Horas y Horas, 1995.

SHOW, J.; KENNEDY, S. Y JOFFE, R., «Gender differences in the expression of mood disorders», en M.V.Seeman (ed.), Gender Psychopathology, Washington, American Psychiatric Press, 1995, págs. 89-111.

SOLER, M.; GARCÍA, l.; CARAMÉS, E. y cols., «Factores de riesgo asociados al consume de antidepresivos», Atención Primaria, 1998, 22 (7), págs. 440-443.

SOLER, Maria, Estudio IASIST sobre CBMD, para Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

STANISTREET, D.; BAMBRA, C. Y SCOTT-SAMUEL, A., «Is patriarchy the source of men's higher mortality?», Journal Epidemiology Community Healtb, 2005, 59, págs. 873-876.

STOLLER, Robert J, Sex and Gender. The development ofmasculinity and Femininity, Londres, Karnak Books, 1968.

TAJER, Débora, «Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes», VIIJornadas de actualización del Foro de Psicoanálisis y Género de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, 2004.

«Mujeres y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes», en XIIIAnuario de In vestigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, tomo 1, 2006, páginas 239-248.

TAJER, Débora, FERNÁNDEZ, Ana María; CERNADAS, Josefa y cols., «Equidad de género en la calidad de atención de pacientes cardiovasculares - 2.a parte», en Xl Anuario de Investigaciones, Buenos Aires de la Facultad de Psicología, Universidad de, 2003, págs. 271-282,

TARRAGONA, Margarita; FERNÁNDEZ, Elena y LoÑDON, Sylvia, «Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión», en Gloria Licea, Ivonne Paquentin y Helen Selicoff, Voces y más voces: el equipo r flexivo en México, México, Alinde, Instituto de Psicoterapia, 2002.

TÁVORA, Ana, «El género y los esquemas de referencia en salud mental», en Consuelo Miqueo (ed.), Perspectivas de género en salud. Fundamentos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas, Madrid, Minerva, 2001, págs. 199-221.

THE EUROPEAN OPINION RESEARCH GROUP, The Mental Health Status of the European Population. Eurobarometer, 58.2, 2002. Disponible en http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/m ental_eurobaro. p df

THOITS, Peggy, «Multiple identities and psychological well-being: A formulation and test of the social isolation hypothesis», American Sociological Review, 1983, 48, págs. 174187.

TIZÓN, Jorge Luís, Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria, Barcelona, Doyma, 1988.

«Los nuevos modelos asistenciales en medicina: una visión a partir de sus fundamentos psicológicos y epistemológicos», Revisiones en Salud Pública, 1995, 4, págs. 57-83.

«A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia», Atención Primaria, 2007, 39(2), págs. 93-97.

TORO, Josep, «Trastornos del comportamiento alimentario» ,,fano, Medicina y Humanidades, 1999, Monográfico núm. 30, vol. LVI núm. 1298.

TRISTÁN, Flora, Unión obrera, Barcelona, Fontamara, 1977 (1.a edición de 1843).

TUBERT, Silvia, La sexualidad femenina y su construcción imaginaria, Madrid, El Arquero, 1988.

Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología, Madrid, Siglo xxl, 1991.

«Introducción ala edición española», en Jane Flax, Psicoanálisis y feminismo. Pensamientos fragmentarios, Madrid, Cátedra, 1995 (1.a edición de 1990).

-'(ed.), Figuras de la madre, Madrid, Cátedra, 1996.

«Construcción cultural de la feminidad» en Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres, Madrid, Instituto de la Mujer, 2000.

TUBERT, Silvia, Deseo y representación. Convergencias de psicoanálisis y teoría feminista, Madrid, Síntesis, 2001a.

«La construcción cultural del cuerpo femenino. La crisis adolescente como factor de riesgo de los trastornos de la alimentación», en Isabel Martínez Bellochl (coord.), Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal, Madrid, Instituto de la Mujer, 2001b.

TUBERT, Silvia (ed.), Del sexo al género. Los equívocos de un concepto, Madrid, Cátedra, Feminismos, 2003.

«La construcción de la imagen corporal y la salud de las mujeres», en Begoña López Doriga (comp.), La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones, Madrid, Instituto de la Mujer, 2005, págs. 41-59.

URíA, Man an (coord.); Mosquera, Carmen y García, Mercedes, La salud de las mujeres en Asturias. Reflexiones desde las propias mujeres, Oviedo, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2005.

«Promoviendo la enfermedad: medicalización de la vida de las mujeres. El parche para aumentar el deseo sexual femenino», Diálogos, 2007, 72, págs. 22-24.

USTUN, T. B. y SARTORIUS, N., Mental Illness in General Health Care, Chichester, John Wiley& Sons, 1995.

VALLS LLOBET, Carme, «Aspectos de la morbilidad femenina diferencial. Informe de situación», Quaderns CAPS, 1991, 16, págs. 46-52.

«Atención integral versus atención ovárica», en Colectivo del Libro de las Mujeres de Boston, Nuestros cuerpos nuestras vidas, Barcelona, Plaza y Janés, 2000.

«El dolor y el malestar de las mujeres: diagnóstico diferencial», Mujer y Salud, 2002.

Mujeres invisibles para la medicina, Barcelona, Debolsillo, 2006.

«Riesgos de la píldora de uso continuado para suprimir la regla», Diálogos, 2007, 72, págs. 19-21.

VAN DEN BRINK-MUINEN, Atie, «Principles and Practice of Women's Health Care», Women's Health Issues, 1998a, 8, 2, Mar-Apr, págs. 123-130.

BENSING, Jozien M. y KERSSEN, J. J., «Gender and comunication style in general practice. Differences between women's health care and regular health care», Medical Care, 1998b, 36(1), págs. 100-106.

VANDER WAALS, Fransje W., «Differences in leading causes of death, hospitalization and general practice visits among Dutch women and men», Women Health, 1991, 17, págs. 101-123.

VEGETTI, Silvia, El niño de la noche. Hacerse mujer, hacerse madre, Madrid, Cátedra, 1992 (l.a edición de 1990).

VELASCO, Sara, «Una forma de escuchar la endometriosis», Diálogos, 1994, núm. 0, págs. 13-15.

Naufragios. Mujeres y aborto, Madrid, Libertarias Produphi, 1995.

Prevención de la Transmisión heterosexual del VIH sida en Mujeres, Madrid, Instituto de la Mujer, 1999.

Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención, Madrid, Instituto de la Mujer, 2002a.

«Programa de Prevención de la transmisión heterosexual del VIH/sida en Mujeres», en Instituto de la Mujer, Seminario sobre Mainstreaming de Género en las Políticas de Salud en Europa, Madrid, 14 de septiembre de 2001 Madrid, Instituto de la Mujer, 2002b.

«La maternidad en el psicoanálisis. Encuentros y desencuentros entre psicoanálisis y feminismo», en Silvia Caporale (comp.), Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es). Una visión integradora, Madrid, Entinema, 2005a, págs. 133-164.

«Estructuras subjetivas y violencia en la pareja», Diálogos, 2005b, 65, págs. 12-16.

«Relación entre el imaginario social y la salud», en Begoña López Dóriga (comp.), La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones, Madrid, Instituto de la Mujer, 2005c, págs. 61-98.

VELASCO, Sara, Ruiz, M.a Teresa y ALVAREZ-DARDET, Carlos, «Modelos de atención a síntomas somáticos sin causa orgánica. De trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres», Revista Española de Salud Pública, 2006a, 4(80), págs. 317-333.

VELASCO, Sara, «Unconscious Representations of Motherhood(s). Traditions and Contradictions», en Silvia Caporale-Bizzini (ed.), Narrating Motherhood(s), Breaking the Silence. Other Mothers, Other Voices, Berna, Nueva York, Oxford, Peter Lang, 2006b, págs. 1434.

-Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria, Madrid, Instituto de la Mujer, 2006c.

LÓPEZ DÓRIGA, Begoña; TOURNÉ, Marina y cols., «Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. Experiencia en Murcia», en Medicinas y Género. Una Traslación necesaria. Revista Feminismo/s, Universidad de Alicante, 2007, Vol 10, págs. 111-131.

VELASCO, Sara, Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud, Madrid, Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

VERBRUGGE, Louise, «Gender and health: an update on hypothesis and evidence», Journal of Health Social Behaviour 1985, 26, págs. 156-182.

VILLAR, Pilar, «Convergencias modernitas/postmodernistas en la obra de Cixous y en la crítica postcolonial», en Maribel Peñalver y Rosa María Rodríguez (eds.), Héléne Cixous: huellas de intertextos, Feminismos), 2006, 7, págs. 163-178.

WALDRON, Ingrid, «Employment and women's health: An analysis of causal relationships», InternationalJourmal of Health Services 1980, 10, págs. 435-454.

WALKER, Leonora, Battered woman, Nueva York, Harper and Row Publishers, 1979.

WEISSMAN, M.M.; BLAND, R.; CANINO, G. y cols., «Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries», Psychological Medicine, 1999, 29, págs. 9-17.

WEISSTEIN, Naomi, «Psycholgy constructs the female», en Vivian Gornick y Barbara K. Moran (eds.), Woman in Sexist Society, Nueva York, Basic Books, 1971.

WEST, Candance, «When de Doctor is a «Lady»; Power, Status, and Gender in PhysicianPatient Encounter», Symbolic Interaction, 1984, vol. 7, núm. 1, págs. 87-106.

«Reconceptualizing gender in physician-patient relationship», Social Science ofMedicine, 1993, 36(1), págs. 57-66.

WHITEHEAD, Margaret, Conceptos y principios de igualad y salud, Programa de Políticas de Salud y Planificación de la Organización Mundial de la Salud, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.

Equidad y ética en la sanidad, Organización Mundial de la Salud, versión castellana Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994.

WITTSTEIN, Ilan S.; T-IEMANN, David R. y LIMA, Joao A. C., «Neurohumoral Features of Myocardial Stunning Due to Sudden Emotional Stress», The New EnglandJournal of Medicine, 2005, febrero, 10, 352, 539, págs. 539-548.

WOMEN'S HEALTH INITIATIVE TRIAL, «Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women»,JAMA, 2002, 288, págs. 321-333.

WOOL, Carol A. y BARSKY, Arthur J., «Do women somatize more than men? Gender differences in somatization», Psychosomatics, 1994 Sep-Oct, Vol 35(5), págs. 445-452.

ZERILLI, Linda M. G., «Un proceso sin sujeto: Simone de Beauvoir y Julia Kristeva, sobre la maternidad», en Silvia Tubert (ed.), Figuras de la madre, Madrid, Cátedra, 1996.

Índice de esquemas

ESQUEMA 1. Feminismo y psicoanálisis

ESQUEMA 2. Teorías precursoras de las tres líneas de género y salud

ESQUEMA 3. Sistema biopsicosocial y elsujeto

ESQUEMA 4. Sistema sujeto-sexo-género

ESQUEMA S.Factores biopsicosociales determinantes en el proceso salud/enfermedad

ESQUEMA 6. Factores biopsicosociales protectores de la salud

ESQUEMA 7. Dialéctica entre la organización social y la subjetividad

ESQUEMA 8. Posiciones inter-subjetivas entre mujer y hombre tradicionales

ESQUEMA 9. Posiciones subjetivas en el ciclo de la violencia de género

ESQUEMA 10. Análisis biopsicosocial de casos

Índice de figuras

FIGURA 1. Indice de salud mental en población adulta (mayor de 16 años). Distribución de puntuación media de 0 a 12 por clase social, ocupación, nacionalidad, grupos de edad y sexo

FIGURA 2. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población adulta, 16 años y más

FIGURA 3. Depresión ansiedad u otros trastornos mentales en los últimos 12 meses por grupos de edad y sexo

FIGURA 4. Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en los últimos 12 meses por sexo y clase social

FIGURA S.Prevalencia-vida de principales grupos de trastornos mentales comunes y consumo de alcohol siguiendo criterios de DSM-IV

FIGURA 6. Prevalencia-vida de principales trastornos mentales comunes y consumo de alcohol siguiendo criterios de DSM-IV

FIGURA 7. Porcentaje de consumo de tranquilizantes relajantes y pastillas para dormir en las últimas 2 semanas sobre personas que han tomado algún medica- mento

FIGURA 8. Porcentaje de consumo de antidepresivos y estimulantes en las últimas 2 semanas sobre personas que han tomado algún medicamento

FIGURA 9. Proporción por sexos en cada categoría diagnóstica de trastornos mentales de hospitalización más frecuente

FIGURA 10. Distribución porcentual de ingresos hospitalarios por causas y sexos sobre trastornos mentales de hospitalización más frecuente

FIGURA 11. Personas con certificado de minusvalía (discapacidad superior a 33%) por causa psíquica, excluyendo discapacidad intelectual, 1999

FIGURA 12. Trastornos mentales (crónicos o de larga duración) en los últimos 12 meses en población infantil

FIGURA 13. Trastornos de conducta (crónicos o de larga duración) en los últimos 12 meses en población infantil

FIGURA 14. Salud mental en población infantil de 4 a 15 años. Distribución por sexo y clase social del sustentador principal

FIGURA 15. Agresión o maltrato en los últimos 12 meses

FIGURA 16. Factores psicosociales en pacientes con trastornos mentales comunes, somatizaciones y dolor sin causa orgánica

FIGURA 17. Factores psicosociales en mujeres con trastornos mentales comunes, somatizaciones y dolor sin causa orgánica por grupos de edad

FIGURA 18. Indicadores de hiperfrecuentación, uso de psicofármacos y satisfacción de pacientes, antes y después de intervención biopsicosocial

Índice de tablas

TABLA 1. Teorías sobre la salud existentes durante el siglo xx

TABLA 2. El ciclo vital humano según Erik Erikson

TABLA 3. Algunas posiciones epistemológicas de la ciencia médica y la sociología del conocimiento en siglos XIX, xx y XXI

TABLA 4. Enfoque sobre salud del conjunto de la teoría feminista

TABLA S.Corrientes feministas y sus aportaciones en salud

TABLA 6. Bases conceptuales de la línea de Salud de las Mujeres (pre-género)

TABLA 7. Bases conceptuales de la línea de desigualdades de género en salud

TABLA 8. Bases conceptuales de línea de análisis de género como determinante de salud

TABLA 9. Estructuras tradicional, de transición y contemporánea en el sistema sujeto/sexo/género.

TABLA 10. Rol de género tradicional masculino

TABLA 11. Rol de género tradicional femenino

TABLA 12. Procesos de vulnerabilidad de modelo de género tradicional

TABLA 13. Procesos de vulnerabilidad del modelo de género en transición

TABLA 14. Roles de género contemporáneo para mujeres y hombres

TABLA 15. Procesos de vulnerabilidad del modelo de género contemporáneo

TABLA 16. Líneas de enfoque de género en salud

TABLA 17. Categorías para el análisis integrado de género en salud

TABLA 18. Criterios para aplicar el enfoque de género en programas de salud

TABLA 19. Componentes del enfoque de género en la práctica clínica

TABLA 20. Procesos psicosociales de vulnerabilidad por sexo y grupos de edad

TABLA 21. Causas de variabilidad de género en el patrón dicotómico de trastornos

mentales comunes

ÍNDICE ONOMÁSTICO

Achotegui, Joseba, 297.
Albiñana, Amparo, 102, 236, 305.
Alcoff, Linda, 80.
Alemán, A, 277.
Alijotas, Jaume, 271, 272.
Alizade, Mariam, 175.
Allen, L.M., 301.
Altés, Anna, 194.
Álvarez, Bonifacio, 271.
Álvarez, Juan Carlos, 283.
Álvarez-Dardet, Carlos, 15, 23, 100, 283.
Amorós, Celia, 57, 61, 65, 84, 85.
Andersen, Tom, 27, 40.
Annandale, Ellen, 300, 301.
Ansseau, Marc, 270.
Antolín, Luisa, 110.
Aragonés, Enric, 272.
Arber, Sara, 213, 291.
Ariyo, Abraham A., 280.
Armas, Araceli de, 119.
Artazcoz, Lucía, 140, 141, 142, 165, 175, 184, 265, 290, 291.
Ashton, John, 32.
Astbury, Hill, 291, 294.
Azubel, Alicia, 35, 36.

Babi, Pilar, 297.
Balint, Michael, 28, 249.
Bart, Pauline B., 299.
Bateson, Gregory, 27, 39, 41, 101.
Beauvoir, Simone de, 73, 74 .
Beltrán, Elena, 57.
Belzer, Kenneth, 272.
Benach, Joan, 107, 141, 206, 296.
Bensing, Jozien M., 119, 239, 299, 300.
Berger, Meter, 48, 52.
Bernard, Jessie, 100, 299.
Bertakis, K.D., 270.

Blanco, Pilar, 102, 165.
Blumer, Herbert, 49, 52.
Bonder, Gloria, 87, 93, 110, 112, 113, 114, 137, 195.
Bonino, Luis, 166, 300.
Borrell i Carrió, Francesc, 28, 43, 44, 217, 229, 249.
Borrell, Carme, 107, 108, 194, 206, 213, 296.
Breilh, Jaime, 121, 143.
Bridges, K.W., 270, 274.
Britt, Marie Thurén, 92.
Broverman, Inge K., 302.
Brugulat, Pilar, 265.
Burin, Mabel, 72, 73, 99, 110, 112, 115, 119, 151, 153, 165, 175, 195, 196, 212, 269, 273, 275, 291, 300.
Busfield, Joan, 298, 299.
Butler, Judith, 61, 73, 79, 81, 83, 93, 110, 112, 135, 136, 138, 177, 182.
Buzzatti, Gabriela , 177, 182.
Byrke, Jd., 278.

Campbell, J.L., 290.
Canetti, Elías, 286.
Cassel, J., 25, 30.
Castaño, Mónica, 290.
Cebeiro, Marcelo, 41.
Collado, Antonio, 271, 272.
Comesaña, Gloria, 91, 92.
Conde, Fernando, 49, 117, 142, 165, 177, 296.
Chalmers, Alan, 45, 51.
Chesler, Phyllis, 100, 299, 302.
Chocrón, Bentata, 270.
Chorodow, Nancy, 73, 172.
Cixous, Hélène, 72, 79, 80.
Cruz, Carmen de la, 192.

Daly, Mary, 59, 69.

Delgado, Ana, 119, 148, 165, 298.
Delgado, Juan Manuel, 49.
Delgado, Margarita.
Denfeld, Rene, 82.
Dennis, C.L., 275.
Desviat, Manuel, 278.
Dio Bleichmar, Emilce, 115.
Donadebian, Avedis, 222.
Dowling, Colette, 173.
Dubos, René, 24, 25, 29, 30.
Durán, María Ángeles, 218.

Echevarría, Javier, 45, 51.
Echol, Alice, 59, 67, 68.
Edelman, Gerarld, 35.
Engel, George, 28, 43, 199, 217, 229.
Engels, Friedrich, 46, 51, 63, 89.
Epstein, Ronald, 28, 43, 217, 229, 247, 272.
Epstein, S.A., 272.
Erviti, Joaquina, 120, 228.
Esteban, Mari Luz, 103, 113, 116, 216.
Evins, G., 294.

Fahrenberg, Jochen, 300.
Fee, Elizabeth, 57, 62, 65.
Feldman, Marina, 171.
Fink, Per, 270, 272.
Firestone, Shulamith, 58, 65, 66, 74.
Flax, Jane, 53, 57, 60, 71, 73, 89, 90, 114.
Fonagy, Petter, 275.
Foucault, Michel, 26, 29, 37, 38, 79, 81.
Fox Keller, Evelyn, 53, 87.
Freixas, Anna, 119.
Freud, Sigmund, 26, 35, 36, 51, 71, 72, 73, 74,
75, 81, 128, 248, 249.
Friedan, Betty, 75, 100.
Fundación Mujeres, 220, 221.
Furhrer, Rebeca, 245, 246, 302.

Gabarrón, Elia, 270, 272.
Gagliardi, Juan, 246.
Galaverni, E., 270.
García-Calvente, Mª del Mar, 165, 184, 278.
García-Campayo, J., 270.
Garfinkel, Harold, 48, 52.
Garí, Aitana, 223.
Gervás, Juan, 270.
Gijsbers van Wijk, Cecile M.T., 118, 119, 165.
Gilbody, Simon, 269.
Gilligan, Carol, 153.
Giltay, Erik J., 281.
Goldemberg, D.L., 272.
Gómez Redondo, Rosa, 296.
González de Chávez, Mª Asunción, 101, 110,

114, 151, 153, 165, 166, 172, 173, 175,195,
197, 212, 216, 236, 273, 291, 300.
Grossman, M., 300.
Gulbrandsen, P., 290.

Häfner, H., 278.
Halberstam, Judith, 61, 82, 83.
Hanisch, Carol, 58, 65, 66, 67, 96, 236.
Hankin, Janet R., 113, 298.
Haraway, Dona, 113.
Harding, Sandra, 53, 87, 88, 89, 90.
Haro, J.M., 267, 268.
Harris, M.T, 119.
Hartmann, Heidi, 58, 65.
Healy, Bernardine, 242.
Henningsen, Peter, 271.
Hibbard, Judith H., 106, 141, 142.
Holstein, James A., 48, 52.
Horner, Matina S., 172, 173.
Hudson, Jl., 272.
Hunt, Kate, 92.
Husserl, Edmund, 47, 51.
Hyde, Janet Shibley, 114.

Illich, Iván, 26, 38.
Instituto Asturiano de la Mujer, 102, 117, 236.
Instituto de la Mujer, 102, 117, 125, 306.
Irigaray, Luce, 59, 60, 71, 72, 80.

Jablensky, A., 278.
Johansson, E.E., 298, 300.

Kanh, R.S., 291.
Keijzer, Benno de, 167.
Kessler, Ronald C., 255, 270, 272.
Kirmayer, Laurence J., 270.
Kollontai, Alejandra, 58, 63, 64.
Krieger, Nancy, 27, 30, 41, 42, 134.
Kristeva, Julia, 71, 72, 80.
Kroenke, Kart, 270, 298, 300.
Kubzansky, Laura D., 281.
Kuhn, Thomas S, 23.

Lacan, Jacques, 26, 37, 51, 72, 73, 80, 81, 126,
128.
Lagarde, Marcela, 87, 92.
Laita de Roda, Paula, 287.
Lalonde, Marc, 25, 29.
Informe Lalonde, 32, 107.
Lamas, Marta y Saal, 115.
Lampl De Groot, Jeane, 71, 73.
Langer, Marie, 168, 170.
Leal, Carmen, 294.
Leal, Daniel, 147.

Lenin, Vladimir Illich Ulianov, 19, 46, 51.
Lévi-Strauss, Claude, 26, 37, 78.
Lewis, G., 271.
Li, Jiong, 213.
Liberman, D., 285.
Licea, Gloria, 40.
Lipworth, Loren, 182.
Llort, Imma, 70.
Lobo, Alberto, 270, 298.
López-Dóriga, Begoña, 125, 160, 165, 292, 305.
López San Román, Antonio, 271.

Mack Brunswick, Ruth, 71, 73.
Mackeown, Thomas, 32.
Malterud, Kirsti, 119, 165, 228, 230, 236, 238, 240.
Maquieira, Virginia, 57.
Marecek, Jeanne, 76, 100, 101.
Marieskind, Helen I., 34, 65, 66.
Martín, M., 297.
Martínez Benlloch, Isabel, 91, 115, 116, 138, 148, 288, 290.
Martínez, Ángel, 24, 25.
Martínez, Miguel, 48, 49.
Marty, Pierre, 133.
Marx, Karl, 46, 51.
Mcdermut, W., 275.
Meler, Irene, 73, 115, 150, 151, 153, 195.
Méndez, Carlos, 272.
Micó, Juan Antonio, 133.
Millet, Kate, 58, 64, 65, 74, 76, 82, 111, 158.
Ministerio de Sanidad y Consumo, 108, 140, 191, 194, 213, 257.
Minuchin, Salvador, 27, 40.
Mitchell, Juliet, 57, 60, 70, 73, 74, 75, 158.
Molina, Cristina, 65.
Möller-Leimkühler, Anne Maria, 246, 289, 291, 301.
Money, John, 76, 77, 78.
Montero, Isabel, 275, 278, 279, 300, 301, 302.
Morandé, Gonzalo, 287.
Moreno, Enriqueta, 177, 290.
Mosquera, Carmen, 117, 184, 194, 195, 196, 243.
Moulton, Ruth, 255.
Muraro, Luisa, 60, 61, 71, 80, 84, 85.
Murillo, Soledad, 221.
Mykletun, Arnstein, 243, 280, 281.

Nasio, Juan David, 133.
Navarro, Vicenç, 26, 34, 49.
Nimnuan, Chaichana, 237, 269.
Norris, C., 243, 281.
Nothomb, Amélie, 288.

Observatorio de Salud de la Mujer, 108, 149, 191, 194, 247, 257.
Ochoa, E., 289.
Onís, Mercedes de, 167, 273.
Ortiz, Alberto, 275.
Ortiz, María Dolores, 271.
Ortiz-Gómez, Teresa, 119.
Osborne, Raquel, 68.
Organización de Naciones Unidas, 222.
Organización Mundial de la Salud, 116, 267.

Pascual, Juan Carlos, 280.
Pérez Sedeño, Eulalia, 87.
Piccinelli, Marco, 264, 290, 300.
Pliego, Purificación, 102, 236.
Pommier, Gérard, 35, 72, 133, 177.
Popay, Jennie, 187.
Popper, Karl, 25, 32, 51.
Posada, Luisa, 84.
Puleo, Alicia, 65, 69, 70.

Retamales, Rebeca, 275.
Rich, Adrienne, 59, 67, 68.
Richman, A., 299.
Rivière, Joan, 171, 172.
Rocheblave, Anne Marie, 153.
Rodríguez, F., 24.
Rodríguez, Regina, 100, 104, 119, 275.
Rodríguez-Sanz, Maica, 108, 194, 213, 214, 265, 275, 291, 296.
Rohlfs, Izabella, 104, 106, 194, 196, 213.
Romito, Patricia, 113.
Romo, Nuria, 208, 275.
Ronda, Elena, 106.
Rosales, C., 278.
Rosengren, Annika, 281.
Ross, Ce., 106.
Roudinesko, Élisabeth, 35.
Rubin, Gayle, 60, 76, 77, 78, 123, 137, 138, 158.
Ruiz, Mª Teresa, 23, 106, 194, 207, 240, 242, 298, 301.
Ruiz, P., 287.
Rush, A. John, 271.
Rutz, W., 300, 301.

Saarento, O., 301.
Sabo, Don, 165.
Sáez Buenaventura, Carmen, 76, 100, 101, 236, 269.
Santamarina, Cristina, 49.
Selvini, Mara, 27.
Sen, Gita, 110, 140, 141, 187, 195, 199, 205, 209, 219, 228, 290, 291, 296.
Shiva, Vandana, 59, 68, 69, 70, 71.

Show, J., 301.
Sociedad Española de Cardiología, 194, 247.
Soler, Francisca, 102.
Soler, Maria, 275, 276, 278, 287, 298.
Soler, M., 273.
Stanistreet, D., 166.
Stoller, Robert J., 60, 72, 76, 77, 78, 115.

Tajer, Débora, 207, 211, 212, 240, 241, 242, 243, 246, 285.
Tarragona, Margarita, 39.
Távora, Ana, 102, 236.
Thoits, Peggy, 112, 142.
Tizón, Jorge Luis, 28, 41, 44, 217, 229, 249.
Toro, Josep, 287.
Tristán, Flora, 58, 63.
Tubert, Silvia, 57, 60, 71, 72, 73, 74, 93, 115, 121, 148, 165, 177, 182, 288.

Uría, Marian, 100, 117.

Valls-Llobet, Carme, 98, 100, 106, 140, 193, 194, 195, 196, 205, 207, 213, 229, 242, 271.

Van den Brink-Muinen, Atie, 118, 228, 230, 236.
Van Der Waals, Fransje W., 240, 301.
Vegetti, Silvia, 71, 116.
Velasco, Sara, 110, 112, 116, 119, 149, 158, 159, 161, 165, 166, 167, 170, 175, 177, 181, 184, 185, 195, 197, 210, 212, 216, 217, 229, 235, 242, 249, 273, 286, 290, 291, 292, 294, 295, 296, 297, 298, 300, 302, 306, 308.
Verbrugge, Louise, 142.
Villar, Pilar, 79.

Waldron, Ingrid, 106, 141, 142.
Walker, Leonora, 160, 161.
Weissman, M.M., 297.
Weisstein, Naomi, 100, 299.
West, Candance, 119, 228, 238.
Whitehead, Margaret, 191, 253.
Wittstein, Ilan S., 133.
Women's Health Initiative Trial, 99.
Wool, Carol A., 291, 298, 299, 300.

Zerilli, Linda M.G., 73.

COLECCIÓN ESTUDIOS SOBRE LA MUJER

Últimos títulos publicados

ALBERT LóPEZ-IBOR, Rocío, Economía y discriminación. La regulación antidiscriminación por razón de sexo.

AMORós, Celia y MIGUEL, Ana de (Eds.), Teoría feminista: De la Ilustración a la Globalización. De la Ilustración al segundo sexo. 1.

AMORóS, Celia y MIGUEL, Ana de (Eds.), Teoría feminista: De la Ilustración a la Globalización. Del feminismo liberal a la posmodernidad. 2.

AMORós, Celia y MIGUEL, Ana áe (Eds.), Teoría feminista: De la Ilustración a la Globalización. De los debates sobre el género al multiculturalismo. 3.

DIEGO, Rosa de y VÁZQUEZ, Lydia, Ellos.com ¡Cómo son los hombres!

DIEGO, Rosa de y VÁZQUEZ, Lydia, ¡Cómo somos las mujeres!

EVANs, Mary, Introducción al pensamiento feminista contemporáneo.

FRAISSE, Geneviéve, La controversia de los sexos. Identidad, diferencia, igualdad y libertad.

GARBí, Teresa, Desde el silencio, nadie. memorias de una mujer.

GóMEZ RODRÍGUEZ, Amparo, La estirpe maldita. La construcción científica de lo femenino.

HERNANDO GONZALO, Almudena (COord.), ¿Desean las mujeres el poder? Cinco r en torno a un deseo conflictivo.

LOZANO DOMINGO, Irene, Lenguaje femenino, lenguaje masculino. ¿Condiciona nuestro sexo la forma de hablar?

MARTÍNEZ PULIDO, Carolina, Gestando vidas, alumbrando ideas. Mujeres y en el debate sobre la Biología de la reproducción.

MARTÍNEZ PULIDO, Carolina, La presencia femenina en el pensamiento biológico.

MATUD, M.a Pilar; PADILLA, Vanesa y GUTIÉRREZ, Ana Belén, Mujeres maltratadas por su pareja. Guía de tratamiento psicológico.

MEAD, Margaret, Masculino y femenino. TT r, ,n,, r

MIQUEO, Consuelo (Ed.), Perspectivas de género en salud. Fundamentos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas.

PATERNA, Consuelo y MARTÍNEZ, Carmen, La maternidad hoy: claves y encrucijada.

VAL CUBERO, Alejandra, La percepción social del desnudo femenino en el arte (siglos XVI y XIX). Pintura, mujer y sociedad.

VELASCO ARIAS, Sara, Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud.

1 Esta clasificación de teorías de la salud se ha probado como método de revisión sistemática de artículos para identificar los marcos teóricos que subyacen, sean explicitados o no por los autores de dichos trabajos. En esta revisión se aplicó esta parrilla de teorías a trabajos sobre síntomas somáticos sin causa orgánica, pudiéndose identificar cómo desde los términos que se utilizan para referirse a las enfermedades, hasta los modelos de atención en que se mueven, o las preguntas y métodos de investigación que usan, junto a las limitaciones en los resultados que obtienen, dependen, en parte, de los marcos teóricos subyacentes. Se ha publicado,-Sara Velasco, MariaTeresa Ruiz, Carlos Alvarez-Dardet, «Modelos de atención a síntomas somáticos sin causa orgánica. De trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres», Revista Española de Salud Pública, 2006, 4(80), págs. 317-333.

2 Nancy Krieger (2001) en Theories for social epidemiology in de 2lst century: an ecosocial perspective, realiza una exhaustiva revisión de teorías originarias de la epidemiología social, donde cita los autores y sus ideas principales que aquí se recogen.

s Michel Foucault (1926-1984), uno de los pensadores estructuralistas, aunque él mismo se negaba a ser considerado como tal, repensará las transformaciones del concepto de enfermedad y de la práctica clínica a la luz de las relaciones de poder. El ascendente más potente del estructuralismo es el lingüista Ferdinand de Saussure (1857-1913), que dice que la lengua es un sistema en el que lo que interesa son las relaciones entre los elementos de la estructura, concepto que subyace en todos los demás desarrollos estructuralistas de otras áreas de conocimiento, como en la antropología, las estructuras de parentesco de Lévi Strauss (1948) que rigen la cultural y las relaciones sociales; o la estructura del inconsciente que desarrolla el psicoanálisis estructuralista de Jacques Lacan (1901-1981).

4 Nancy Krieger introduce el término de teoría ecosocial en 1994 y ha producido abundante investigación epidemiológica bajo esta óptica.

s Para conocer en profundidad los métodos cualitativos de investigación, el texto de Juan Manuel Delgado y Juan Gutiérrez (compl.) estudia prácticamente todos los métodos cualitativos existentes en el momento. Métodos y técnica cualitativas de investigación en Ciencia Sociales, contienen análisis histórico sobre las perspectivas metodológicas cuantitativas y cualitativas y la polémica entre ambas perspectivas que pueden compatibilizarse (Fernando Conde), confrontación de modelos y niveles

epistemológicos y su compatibilidad (Alfonso Ortí); teoría de la observación (Juan Gutiérrez y Juan Manuel Delgado). Estudio de las técnicas de investigación: análisis de contenido de la comunicación (Pablo Navarro y Capitolina Díaz); entrevista abierta (Luis Enrique Alonso); entrevista psicológica (Carlos Rodríguez); historias de vida e historia oral (Cristina Santamarina y José Miguel Marinas); Grupos de discusión (Manuel Canales y Anselmo Peinado); grupos familiares (Marcelo Pakman); análisis semiótico del discurso (Gonzalo Abril); semántica y psicoanálisis (Francisco Pereña); análisis del discurso y psicoanálisis (Fernando García) y metodología participante (Gordon Pask).

'Alicia Puleo, Celia Amorós y Cristina Molina Petit, en la obra oríafeminista: delaIlustraciónala globalización. el feminismo liberal a laposmodernidad (2005), realizan la lectura contemporánea de la evolución del feminismo socialista, desde el inicio de la radicalización, en que autoras marxistas van construyendo el análisis del sistema patriarcal, hasta el momento actual y sus consecuencias para el movimiento feminista.

2 Este conciso y precioso artículo es una pequeña memoria sobre grupos terapéuticos de mujeres que Carol Hanisch, entre otras militantes, realizaba por todo Estados Unidos. En 2006, Hanisch ha explicado cómo el lema que se ha hecho famoso Lo personal es político, a partir de ser el título de su artículo. Explica que no fue ella quien puso ese título, sino Shulamith Firestone y Anne Koedt, editoras de Notesfrom the SecondYear Women's Liberation, donde el artículo se publicó originariamente.

'Treinta años después de su primera edición el Colectivo continúa y ha reeditado Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas en muchos países actualizándolo con nuevas aportaciones.

'Alicia Puleo, clasifica de forma simplificada en ecofeminismo clásico, ecofeminismo espiritualista y feminismo ecologista. Existen otras interpretaciones sobre estas corrientes. Como es dificil tener distancia y perspectiva sobre movimientos activos en el presente, optamos por la interpretación simplificada de Puleo, sin menoscabo de otras visiones válidas.

6 Se ha basado el siguiente análisis en Silvia Tubert, que desarrolla estas trayectorias en varias obras: en su libro La sexualidad femenina y su construcción imaginaria (1988); en la introducción al libro de Jane Flax, sobre Psicoanálisis y Feminismo de 1990; y en Deseo y Representación de 2001, que amplía el tema 10 años después.

s Una revisión sobre las intersecciones entre las tres corrientes, con el conocimiento profundo de la autora, tanto del feminismo como del psicoanálisis, es la que realiza Silvia Tubert en Deseo y representación. Convergencias de psicoanálisis y teoría feminista, en 2001.

Fundamentado por las corrientes psicoanalíticas de las primeras discípulas de Freud, Jeanne Lampl de Groot y Ruth Mack Brunswick (años 20 a 40) y posteriormente por Melania Klein (años 40); más adelante, después del estructuralismo, por Luce Irigaray, Montrelay, Julia Kristeva (años 70); Silvia Vegetti y Luisa Muraro (años 90); y Vandana Shiva (años 90 y 00) del ecofeminismo que se ha expuesto en el anterior apartado.

8 Las psicoanalista de estas corrientes han sido Juliet Mitchell, Nancy Chorodow (años 70); Jane Flax, Mabel Burin, Irene Meler, Emilce Dio, que han desarrollado psicoanálisis y género y Silvia Tubert, con diferente marca lacaniana entre unas y otras (años 80 y 90), y Judith Butler, como principal postestructuralista, que acuñará la teoría queer (años 90 y 2000).

9 Criterios sintetizados a partir de Evelyn Fox Keller, 1985; Sandra Harding, 1996 y Diana H.Mafia, 2001 y Eulalia Pérez Sedeño, 2001.

1o Jane Flax, desde el feminismo posmoderno y psicoanalítico, ha discutido vivamente con Sandra Harding sobre estas posiciones epistemológicas.

12 Una revisión muy clara de la evolución del concepto de género y sus críticas puede leerse en Gloria Bonder, 2005. También Silvia Tubert, en la compilación de 2004, Del Sexo al Género, realiza una revisión crítica al respecto, yJudith Butler en Deshacer el Género, 2006.

11 Sin duda, la buena fortuna del enfoque de género, tiene que ver también con las políticas de derechos humanos, contra la discriminación y por la igualdad de oportunidades bajo cualquier condición, incluida por sexos, lo cual se materializa en los compromisos en las Conferencias de Población de Naciones Unidas, donde el enfoque de género permite aglutinar puntos de vista culturalmente muy diferentes.

'Este libro es una producción de la experiencia compartida en el Colectivo de Mujeres de Boston, grupos de mujeres que trabajan sobre su salud y en conexión con múltiples organizaciones feministas de Estados Unidos, Latinoamérica y Europa. Hubo algunas reediciones en los primeros años y se adaptaba por organizaciones feministas de países latinoamericanos que incluían los aspectos que estaban siendo más relevantes en sus países. En España, Leonor Taboada y el grupo La Mar, hicieron una adaptación del libro a la situación española, que fue editado por Icaria en 1982. En 2000, 18 años después, se produjo una segunda edición en castellano, revisada y ampliada por miembros de la vanguardia del feminismo en salud en España - de nuevo Leonor Taboada y miembros de CAPS, Margarita López, Carme Valls y Montse Cervera-. El curso de este libro es un sensor de lo que se va incorporando a los contenidos y marco de conocimientos en Salud de las Mujeres y puede servir como tratado de las prácticas de salud de las mujeres. El Colectivo prepara ahora la 8.a edición.

2 En España existen multitud de núcleos de grupos de mujeres en servicios

sanitarios, de salud mental, o municipales y otras instituciones, en algunos casos sin un reconocimiento formal por parte de las instituciones, gracias al impulso voluntarista de profesionales implicadas en este modelo; otras veces sí, impulsados por instituciones como organismos de igualdad o ayuntamientos. Por ejemplo, algunos impulsados y mantenidos durante años por instituciones públicas son el Programa Tiempo Libre, Talleres para mujeres mayores de 50 años, impulsados por el Instituto Asturiano de la Mujer; Programa de grupos de mujeres en instituciones penitenciarias, del Instituto de la Mujer; algunos grupos que han publicado su experiencia, son los grupos de reflexión de mujeres en Rivas de Vaciamadrid, impulsados por el Ayuntamiento (Purificación Pliego, Pilar Blanco y Belén Noguerias, 2005); los grupos de apoyo psicológico del Arca de la Mujer del Ayuntamiento de Arganda (Pilar Migallón, 2002); Otros, también publicados, en los servicios de atención primaria, mantenidos durante años de forma voluntarista por mujeres sanitarias y trabajadoras sociales, como los grupos de mujeres en climaterio y autoestima en Centros de Salud de Valencia (Amparo Albiñana, Pilar Costa y Francisca Soler, 2006). Y en centros de salud mental, como los realizados en Granada por Ana Távora (2001).

s Refiere la existencia en España de grupos de investigación en desigualdades de género en salud en Barcelona, creado en 1992 en el Instituto Municipal de Salud; en el Instituto Valenciano de Estudios de Salud Pública; en la Escuela Andaluza de Salud Pública y del Grupo de Género y Salud Pública en SESPAS, desde 1998.

4 Estos dos informes promovidos por la Fundacció Jaume Bofill que se realiza por el equipo de profesionales del Centre d'Análisi i Programes Sanitaris (CAPS), coordinado por Carme Borrell y Joan Benach, son una valiosa aportación por un tipo de análisis epidemiológico de salud relacionado con factores de riesgo y comparados por clase social, sexo y territorio que no se había hecho hasta el momento, al menos de forma tan completa y decidida. Aporta datos de la realidad de las desigualdades con los que no se contaba hasta el momento, en algunos de ellos descubre aspectos muy nuevos sobre esta realidad.

s Realizado para el Observatorio de Salud de la Mujer, del Ministerio de Sanidad y Consumo, siendo las mismas autoras algunos de los informes de Cataluña y Barcelona de 2004 y 2005, quienes dominan esta línea de trabajo. Es otra explotación, con la exploración de datos a nivel estatal, que no se había hecho antes, de la misma línea de desigualdades por sexo y clase social, estilos de vida y uso de servicios sanitarios.

2 Jaques Lacan teorizó los tres registros de la vida psíquica como Real, Imaginario y Simbólico que podemos hacer equivaler al cuerpo, lo social y lo psíquico. Al buscar la equivalencia entre los tres registros lacanianos y las esferas bio-psico-social, puede haber discrepancias porque algunos matices psicoanalíticos no quedan reflejados, sin embargo, esta equivalencia, buscando la integración de dos paradigmas diferentes, aún siendo imperfecta, enriquece mucho la comprensión del funcionamiento humano y la concepción del género.

'Fue Sigmund Freud quien formuló la teoría sobre la construcción de esta realidad psíquica inconsciente. Este desarrollo se basa también en la relectura de Freud que hizo Lacan.

4 Explicaciones sobre los mecanismo de la construcción de la subjetividad a través de los hitos del desarrollo, como son el estado fusional arcaico, la separación primera del otro materno, la constitución del narcisismo, el triángulo padre/madre/hijo-a y el deseo endogámico dentro del trío parento-filial, y la crisis adolescente con el vuelco al deseo exogámico, se pueden leer en el libro anterior de la autora Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres, donde se ha tratado de exponer de forma asequible para personas no iniciadas en psicología o psicoanálisis.

'En Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud, publicado para el Observatorio de Salud de la Mujer en 2008, se incluyeron los cuadros sintéticos de los modelos de género, como instrumento para analizar los determinantes de género en diversos problemas de salud

2 Este tema de la evolución de la familia ha sido tratado entre otras autoras, por Irene Meler, en el capítulo La familia, antecedentes históricos y perspectivas futuras, en el libro de Mabel Burin e Irene Meler, Género y Familia. Poder, Amor y Sexualidad en la Construcción de la Subjetividad de 1998, donde lo aborda desde los cambios estructurales de la familia con un enfoque de género y de las relaciones. En el mismo año 1998, M.a Asunción González de Chávez publicó Feminidad y Masculinidad. Subjetividad y orden simbólico, donde dedica un capítulo a la evolución de la familia desde una óptica de relaciones subjetivas.

3 Los roles tradicionales de género y sus contenidos han sido tratados por numerosas autoras, entre ellas, desde la psicología social Anne Marie Rochebable, 1968; desde la psicología por Carol Gilligan, 1982; desde el psicoanálisis feminista Emilce Dio, 1984; Mabel Burin e Irene Meler, 1998; Asunción González de Chávez, 1998. La descripción de roles que aquí se presenta se ha ido compilando de dichas autoras y adaptando bajo la óptica de los tres registros biopsicosociales para problemas de salud, en el libro Prevención de la transmisión heterosexual del VIH/sida en mujeres (1999), y después en Relaciones de genero y subjetividad (2002) y en Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres (2006). Aquí se han revisado y actualizado después de haber sido discutidos, junto con los siguientes roles de transición y contemporáneo, en la docencia con profesionales sanitarios/as que han enriquecido con muchos matices su comprensión y a los que la autora está muy agradecida.

4 No nos extendemos en este libro sobre las bases del desarrollo psíquico en el que se asientan los cimientos para la interiorización de este tipo de relaciones en la vida adulta. Se ha tratado de forma asequible en Velasco, 2002a y 2006c.

s El tema de las estructuras subjetivas en el ciclo de la violencia de género se ha tratado en Sara Velasco, Diálogos, 2005b.

6 Los procesos de vulnerabilidad han sido compendiados y ampliados a partir del cuerpo de investigación de estudios de género, entre otros: Silvia Tubert 1988 sobre feminidad y 2001, sobre cultura del cuerpo y subjetividad; Ellen Annandale 1990, sobre masculinidad, feminidad y salud; Mabel Burin 1991, sobre roles de género de mujeres tradicionales e innovadoras; Sara Arber, 1991, sobre empleo y roles familiares; Cecile Gisjbers, 1996, sobre cuidados de salud; Dona Stewart, 1996, sobre salud mental y roles; Kirsti Malterud 1998, sobre roles de género, M.a Asunción González de Chávez, 1998, sobre posiciones femenina, masculina y 2001 sobre ideal maternal y salud; Fernando Conde, 2000, sobre el estrés en mujeres trabajadoras y amas de casa; Ana Delgado, 2001, sobre actitudes y género; Lucía Artazcoz y cols., 2001, sobre carga del trabajo doméstico y ocupación, 2004, sobre desempleo y salud mental y 2005, sobre insatisfacción en el trabajo y salud mental; M.a del Mar García Calvente y Daniel La Parra, 2007, sobre los cuidados informales; Don Sabo, 1999, sobre la masculinidad. Han sido explorados en la práctica clínica con una intervención biopsicosocial en atención primaria (Sara Velasco y cols., 2007).

Se trata de la intervención con método de atención biopsicosocial al malestar de las mujeres, realizada en servicios de atención primaria de salud de la Región de Murcia, a la que nos referiremos a lo largo del libro, y que describimos con más detalle en el Capítulo sobre Salud Mental y cuyos resultados han sido publicados en la revista Feminismo(s), 2007, n° 10, págs. 111-131.

El orden de frecuencia encontrado para los procesos psicosociales de vulnerabilidad en una muestra de 412 pacientes fue, para las mujeres: Cargas de rol tradicional de género y trabajo de cuidado de otros. Conflictos de pareja. Enfermedades o problemas de hijos/as. Duelos. Malos tratos de la pareja. Conflictos de trabajo o estudios. Enfermedades de familiares. Doble jornada laboral. Separación de los padres (en las personas más jóvenes) y conflictos familiares. Acoso escolar y laboral. Accidentes o enfermedades propias. Para los hombres: Conflictos de pareja. Duelos. Conflictos de trabajo o estudios. Accidentes o enfermedades propias. Enfermedades o problemas de hijos/as. Cargas de rol tradicional de género y trabajo de cuidado de otros. Acoso escolar y laboral. Enfermedades de familiares. Separación de los padres (en las personas más jóvenes) y conflictos familiares. Malos tratos de la pareja.

8 Analizado por Marina Feldman.

9 Como explica Nancy Chorodow (2007, pág. 30), el término `techo de cristal' se popularizó en EEUU en los años 80, como las barreras externas para el acceso de las mujeres a puestos importantes y de poder. En 1991 el gobierno de EEUU creó una Comisión de los Techos de Cristal (Glass Ceiling Commission) y se promulgó una ley que imponía sanciones a las empresas que impusieran trabas o discriminaran a las mujeres. Es uno de los precedentes de la Ley de Igualdad de Oportunidades del Estado Español de 2007.

'o Es explicativo lo expuesto en la primera parte de este libro sobre el

postestructuralismo y el feminismo po stestructurali sta.

11 En el caso ejemplo de este libro sobre Salud Mental, en la Cuarta Parte, se trata de aplicar este análisis por factores socioeconómicos y ciclo vital.

2 Esta clasificación ha sido desarrollada desde 2006 por la autora y difundida en la docencia a profesionales sanitarios yen un documento docente: Evolución de los enfoques de genero en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista que ha sido base, actualizada y ampliada, de la primera parte de este libro.

4 Estos aspectos de las enfermedades cardiovasculares son tratadas, entre otras fuentes, en el Informe de Salud y Género 2005, del Observatorio de Salud de la Mujer; en la Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad y Consumo; en el Estudio sobre Enfermedades Cardiovasculares en España (2007), promovido por la Sociedad Española de Cardiología y el Observatorio de Salud de la Mujer, de los cuales se extrae la información de este ejemplo.

s Carme Valls estudia desde los años 90 esta vertiente de la morbilidad diferencial invisible, identificando procesos y cuadros clínicos específicos de las mujeres, tanto relacionados con la fisiología femenina como de enfermedades comunes.

s Los principios y valores de género han sido recogidos en la ley española, Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. En el Artículo 27, estipula la Integración del principio de igualdad en la política de salud. Dice literalmente:

1. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente.

2. Las Administraciones públicas garantizarán un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, del principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros.

3. Las Administraciones públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán, de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades, las siguientes actuaciones:

a) La adopción sistemática, dentro de las acciones de educación sanitaria, de iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, así como a prevenir su discriminación.

b) El fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, especialmente en lo

referido a la accesibilidad y el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales.

c) La consideración, dentro de la protección, promoción y mejora de la salud laboral, del acoso sexual y el acoso por razón de sexo.

d) La integración del principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género.

e) La presencia equilibrada de mujeres Y 'hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

f) La obtención y el tratamiento desagregados por sexo, siempre que sea posible, de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria.

6 Como plantea el informe Subsanar ías desiguales en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de salud, 2008, realizado por la Comisión de Desigualdades Sociales de OMS.

7 Como desarrolla el informe especial sobre determinantes de género, producido por Women and Gender Equity Knowledge Network, para la Comisión de Desigualdades Sociales de OMS, cuyas editoras han sido Gita Sen, Piroska Ostlin y Asha George, del Institute Karolinska, y titulado Unequal, Unfair, Ine ctive and lnefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it (2007).

1 Basado en el modelo biopsicosocial de George Engel (1977) continuado y ampliado por Ronald Epstein, Francesc Borrell yJorge L Tizón, y adaptado incluyendo subjetividad y género por Sara Velasco (2006).

2 M.a Ángeles Durán (2007) habla de este tiempo que las mujeres regalan y que, a la larga, es responsable de que las mujeres sean más pobres que los hombres, que sean pobres a la jubilación por no contar con los recursos y prestaciones sociales que hubieran tenido si su trabajo hubiera sido reconocido y remunerado.

'Traducción de la autora.

1 Modelo biopsicosocial de George Engel (1977) continuado y ampliado por Ronald Epstein, Francesc Borrell yJorge L Tizón, y adaptado incluyendo subjetividad y género por Sara Velasco (2006c).

2 Se puede ampliar el tema del modelo biopsicosocial aplicado al género, relación sanitario/a-paciente y método de subjetivación en Velasco, Atención Biopsicosocial..., 2006c.

4 Se citan algunos de las experiencias publicadas de grupos de mujeres, pero existe muchas más funcionando en España.

s Grupos de autoconciencia que se realizaban en el Movimiento de Salud de las Mujeres en Estados Unidos, que informa Carol Hanisch en su famoso artículo Lo personal es político, y que se estaban realizando en muchos países, bajo las mismas insignias feministas. Se incluyeron también en modelos europeos de atención de salud a las mujeres que describen Atie Van den Brink-Munien y Kirsti Malterud.

'Y hace bastantes años que se sabe de este sesgo que Carme Valls (2006) identifica como un paradigma de la invisibilidad de las mujeres para la medicina. Bernardine Healy, en 1991, acuño el Síndrome de Yentl (llamado así por similitud con la mujer que tuvo que disfrazarse de hombre, llamándose Yentl, para poder estudiar la Tora judía, popularizada en una película de Bárbara Streisand), al evidenciar que hasta que una mujer no ha tenido un primer infarto, no se pone en marcha el cuidado médico correspondiente, porque no es vista como capaz de tenerlo. El síndrome de Yentl es que una mujer tiene que demostrar que es `como un hombre' y demostrar que enferma como un hombre para que sea tomada en cuenta.

6 En 1996 y 2000 se realizó en Argentina un Estudio Comparativo de Infarto en la República Argentina, por la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), publicado por Juan Gagliardi y cols., 2007. Se encontró que, a igualdad de síntomas, se realizaban a las mujeres menos cinecoronografias, menos uso de trombolíticos, menos angio plastias y menos estrategias de repercusión (TI y/o ATC). Es decir menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico con las mujeres. Y el resultado era que la mortalidad post-infarto en mujeres era el doble que en hombres. En mujeres de menos de 56 años, fue tres veces mayor la mortalidad y el doble en mayores de 56 años. Este tipo de estudio se ha realizado en España, liderado por el Observatorio de Salud de la Mujer y realizado por la Sociedad Española de Cardiología, en 2007, y se han encontrado resultados similares.

Ponencia de Ronald Epstein presentada en las Jornadas sobre estudio y debate sobre el futuro de la formación integral del médico: ¿Bio ingeniería o medicina?, Barcelona, enero, 2008.

8 Después de la inauguración del concepto de transferencia y de la intervención del inconsciente y las identificaciones en ella, realizada por Freud, es útil el trabajo clásico del Michael Balint, El médico, el paciente y la enfermedad (1960). Es fundamental para la apertura de esta perspectiva a la práctica clínica de enfermedades comunes y no sólo mentales. Después, han desarrollado las implicaciones en la práctica médica biopsicosocial, centrada en el paciente, entre otros, Jorge L.Tizón (1988), Francesc Borrell (1992). En el libro Atención Biopsicosocial... (Velasco, 2006c) se puede consultar el método de análisis de las identificaciones, lo que le ocurre al profesional y cómo manejarlo, incluyendo la mirada de género en la relación médico/a-paciente.

1 Esta parte está basada en el informe borrador sobre enfoque de género en la Salud Mental, realizada por la autora para el Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo en 2008 (inédito). El análisis que aquí se realiza es deudor de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2007, que ha servido de base para reflexionar sobre el enfoque de género en salud mental.

'Según informe de The European Opinion Research Group (2002). The Mental Health Statw ofthe European Population. Eurobarometer. Disponible en http://ec.europa.eu/halth/ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf

2 Esta fuente es citada y usada en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006, en la que se ha inspirado el abordaje de estos datos.

s Carmen Sáez Buenaventura, psiquiatra que incorporó los grupos terapéuticos de mujeres en su práctica, ya en 1988, describe así este cuadro: «.. .formas no psicóticas de depresión y de tipo monopolar...: tristeza, abatimiento, desesperación persistentes, unidos a sentimientos de desvalorización, culpa, ansiedad, llanto y tendencias o ideación suicida, pérdida de interés por cualquier tipo de actividad cotidiana, hipocondría, a la vez que trastornos en determinadas funciones fisiológicas (apetito, sueño, motilidad intestinal, deseo sexual, etc.) y en el que no es infrecuente la aparición de molestias de tipo somático cuya entidad no corresponde a una lesión de base orgánica» (1988, pág. 86). Otras autoras lo han llamado exactamente `malestar de las mujeres' (Mabel Burin y cols., 1991).

4 Datos y referencias citadas por Carlos Méndez en su trabajo La Fibromialgia, los Trastornos Funcionales Digestivos y la Depresión.

s El término «la tranquilidad recitada» procede de Mabel Burin, 1991.

6 La categoría «síntomas emocionales» comprende: se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estomago o de nauseas; tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a; se siente a menudo infeliz, desanimado/a, lloroso/a; es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en si mismo/a; tiene muchos miedos, se asusta fácilmente. La categoría «problemas de conducta» comprende: frecuentemente tiene rabietas o mal genio; por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos; pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/as; a menudo miente o engaña; roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios. La categoría «hiperactividad» comprende: es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo; esta continuamente moviéndose y es revoltoso/a; se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse; piensa las cosas antes de hacerlas; termina 1o que empieza, tiene buena concentración. La categoría «problemas con compañeros» comprende: es mas bien solitario/a y tiende a jugar solo/a; tiene por lo menos un/a buen amigo/a; por lo general cae bien a otros niños/as; los otros niños se meten con el/ella o se burlan de el/ella; se lleva mejor con adultos que con otros niños/as (Encuesta Nacional de Salud, 2006).

En este estudio no se ofrecen los datos desagregados por sexos.

8 Joan Busfiled realizó una revisión crítica de la epidemiología y nosología psiquiátrica del paradigma biomédico, desde teorías marxista, antipsiquiatría, feminista-socialista. Critica el efecto social y de género de las concepciones ahistóricas y no estructurales de la enfermedad mental en las mujeres. Repasa los factores sociales de género causales de enfermedad mental menor en las mujeres, conectados con las teorías coetáneas y las construcciones sucesivas sobre salud mental según las teorías de etiología social o psíquica. La pregunta inicial de su revisión era si realmente las mujeres tienen peor salud mental o esto es contradictorio con que esta diferencia sea causada por los diversos sesgos diagnósticos. Concluye que no hay contradicción entre la concepción feminista de que la enfermedad mental de las mujeres está socialmente determinada por la opresión patriarcal, y que la enfermedad mental es una etiqueta usada para el control social de las mujeres por el poder patriarcal. Son dos caras de la misma moneda.

1 Se realizó en el marco de un Programa de formación y asistencia liderado por el Instituto de la Mujer, en colaboración con los servicios sanitarios de la Región de Murcia, en los cuales se llevó a cabo la intervención. Este Programa ha sido seleccionado como experiencia de buenas prácticas que inciden en la cohesión social por el Programa EUROsociAL de la Comisión Europea, en el año 2008, cuyo informe está disponible en http://epic.
programaeurosocial.eu/buscador/experiencia.php?exp=26.

Índice

AGRADECIMIENTOS 13
INTRODUCCIÓN 14
CAPÍTULO 1. TEORÍAS SOBRE LA SALUD EN EL SIGLO 17
1.1. Paradigma biomédico 18
1.1.1. Teoría psicosocial 23
1.2. Teorías críticas. El contexto social y la subjetividad en la salud 28
1.2.1. Enfoque socialista 28
1.2.2. Teoría psicoanalítica 30
1.2.3. Enfoque estructuralista 32
1.2.4. Enfoques sistémico y postestructuralista 33
1.2.5. Teoría ecosocial 36
1.2.6. Modelo biopsicosocial 38
1.3. Posiciones epistemológicas de la ciencia médica y de sociología del conocimiento 40
1.3.1. Positivismo 41
1.3.3. Constructivismo 43
CAPÍTULO 2. TEORÍA Y EPISTEMOLOGÍA FEMINISTA 48
2.1. Corrientes teóricas en el feminismo 50
2.1.2. Feminismo socialista 56
2.1.3. Feminismo radical 57
2.1.4. Feminismo cultural 60
2.1.5. Ecofeminismo 61
2.1.6. Feminismo y psicoanálisis 63
2.1.7. Feminismo estructuralista. Sistema sexo/género 69
2.1.8. Feminismo postestructuralista o postmoderno y género. Tercera ola 73
2.1.9. Postfeminismo, teoría queery transgénero 76
2.1.10. De la igualdad y la diferencia 77
2.2. Epistemología feminista 80
2.2.1. Estudios de la Mujer, de las Mujeres, Feministas y de 85

Género 85

CAPÍTULO 3. INTERSECCIÓN ENTRE TEORÍAS DE LA SALUD Y TEORÍA FEMINISTA 88
3.1. Salud de las Mujeres 89
3.1.1. Modelos de atención de salud de las mujeres 94
3.1.2. Vigencia y limitaciones 97
3.2. Desigualdades de género en salud 98
3.2.1. Desigualdades de salud en la población 100
3.2.2. Vigencia y limitaciones 102
3.3. Análisis de determinantes de género en salud 103
3.3.1. Modelo de atención de salud con intervención sobre los determinantes de género 111
3.3.2. Limitaciones e integración de líneas 114
CAPÍTULO 4. SISTEMAS DE CONSTRUCCIÓN DEL SUJETO Y DEL GÉNERO 117
4.1. Sistema biopsicosocial 118
4.1.1. Interacción bio-social: recubrimiento imaginario y estereotipos sociales 122
4.1.2. Interacción socio-psíquica: la simbolización 122
4.1.3. Interacción psico-corporal: síntomas y psicosomática 125
4.2. Sistema sujeto-sexo-género 127
4.2.1. El género es psicosocial 129
4.2.2. Sistema de relaciones de género entre los sexos 131
CAPÍTULO 5. DETERMINANTES BIOPSICOSOCIALES PARA LA SALUD 131
5.1. Factores biológicos de riesgo 132
5.3. Procesos psicosociales de vulnerabilidad 135
5.4. Procesos protectores 136